



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2006.03

Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale

Udfordringer og muligheder for psykiatrien

Christina Holm-Petersen
Jakob Hansen
Sidsel Vinge



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI rapport 2006.03

Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale

Udfordringer og muligheder for psykiatrien

Christina Holm-Petersen

Jakob Hansen

Sidsel Vinge

Maj 2006



DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark samt Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Instituttets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt:

DSI Institut for Sundhedsvæsen
Postbox 2595
Dampfærgevej 27-29
2100 København Ø
Telefon 35 29 84 00
Telefax 35 29 84 99
Hjemmeside: www.dsi.dk
E-mail: dsi@dsi.dk

ISBN 87-7488-425-5 (trykt version)
ISBN 87-7488-427-1 (elektronisk version)
ISSN 0904-1737
DSI rapport 2006.03

Grafisk produktion: Peter Dyrvig Grafisk Design og Danske Regioner

Forord

Det har i en årrække været kendt, at der er problemer med rekrutteringen af læger til psykiatri. Ud over de undersøgelser, der er gennemført af Foreningen af Yngre Læger (FAYL), findes der i Danmark imidlertid ingen dokumentation for, hvad det er, der får yngre læger til henholdsvis at vælge og fravælge psykiatri. For at kunne producere relevante og vidensbaserede anbefalinger til, hvordan den eksisterende problematik med at besætte uddannelsesstillingerne kan løses, er det derfor nødvendigt at generere mere viden om, hvad der betinger de yngre lægers valg og fravalg af psykiatri. Denne rapport har til formål at skabe mere viden på dette felt.

Amtsrådsforeningen og DSI Institut for Sundhedsvæsen har sammen taget initiativ til og finansieret undersøgelsen.

Projektet er udført af projektleder cand.scient.adm., MA STS Christina Holm-Petersen, cand.scient.pol. Jakob Hansen og ph.d., cand.merc. Sidsel Vinge. Stud.polit. Sofie Hartung Hansen og stud.soc. Marete Asmussen har bidraget til udsendelse, indtastning og datakørsler på projektets spørgeskemadel. Cand.rer.soc. Anders Rud Svenning har bistået med de statistiske analyser.

Rapporten er blevet eksternt reviewet af professor, overlæge, dr.med. Lars Vedel Kessing, Rigshospitalet og lektor Helge Dohn, Københavns Universitet.

Denne undersøgelse kunne ikke have været gennemført uden hjælp fra en lang række personer. DSI ønsker at sige tak til alle dem, der har besvaret spørgeskemaer og medvirket i interview og på anden vis har været med til at muliggøre undersøgelsen.

*Jes Søgaard
Direktør, professor
DSI Institut for Sundhedsvæsen*

Indhold

Forord	3
Resumé	9
1. Indledning	15
1.1 Baggrund for projektet	15
1.1.1 Et spørgsmål om rekruttering og ikke blot dimensionering.	15
1.1.2 Psykiater? – Nej tak	16
1.2 Projektet formål	17
1.3 Store problemer og høje ambitioner	17
1.4 Rapportens opbygning	20
1.5 Tak til alle der har bidraget til undersøgelsen	20
2. Undersøgellesdesign, metoder og definitioner	22
2.1 Lægers valg af speciale: En definition i fem dele	22
2.1.1 Valg gennem fravalg	25
2.2 Undersøgelsens delområder	26
2.2.1 Forstudie	26
2.2.2 Litteraturstudie	26
2.2.3 Spørgeskemaundersøgelse blandt medicinstuderende og yngre læger	27
2.2.4 Statistiske analyser af spørgeskemadata	29
2.2.5 Udredningsarbejde	30
2.2.6 Interviewundersøgelse blandt læger i psykiatriuddannelse	31
2.3 Det samlede undersøgelsesdesign	32
3. Anvendelse af litteraturen om specialevalg	33
3.1 Stor bredde – begrænset dybde	33
3.2 Metaanalysernes problem	34
3.3 Forskningen former resultatet	34
3.4 Anvendelsen af tidligere undersøgelser af lægers specialevalg	35
4. Speciallægeuddannelsen i psykiatri: tilvalg, revalg og frafald ..	38
4.1 Hvad kendetegner psykiatere og kommende psykiatere? ..	39
4.1.1 Køn	41
4.1.2 Alder	41
4.1.3 Kandidatalder ved påbegyndelse af psykiatrispecialet	42
4.1.4 Uddannelsesland	43

4.2	Hvad har psykiaterne foretaget sig mellem turnus og speciallægeuddannelse?	43
4.2.1	Indsamling af point.	44
4.2.2	Vejen fra turnus til introduktionsstilling	45
4.2.3	Vejen fra introduktionsstilling til hoveduddannelsesforløb	46
4.2.4	Anden speciallægeuddannelse først – revalg	47
4.3	Frafald fra speciallægeuddannelsen i psykiatri	47
4.3.1	Frafald efter endt introduktionsstilling	48
4.3.2	Frafald fra hoveduddannelsen	50
4.3.3	Revalg: nyt speciale efter endt speciallægeuddannelse i psykiatri	51
4.4	De målrettede, de jævne og de langsomme	51
4.4.1	De målrettede	52
4.4.2	De jævne	52
4.4.3	De langsomme.	52
4.4.4	Rekrutteringen bør fokusere på de målrettede læger.	53
4.5	Forskelle i rekrutteringen.	54
5.	Studerendes og yngre lægers valg af speciale.	57
5.1	Hvilke specialegrupper overvejes – og hvilke fravælges?	57
5.1.1	De fire specialegrupper	58
5.1.2	Hvilke subspecialer overvejes?	62
5.1.3	Hvor sikre er de foreløbige valg under studiet og efter turnus?	63
5.1.4	Vurdering af præferencernes relevans for rekrutteringen til psykiatri	65
5.2	Dannelsen af specialepræferencer – hvornår og hvordan?	68
5.2.1	Dannelsen af de studerendes præferencer.	69
5.2.2	Dannelsen af de yngre lægers præferencer.	71
5.2.3	Turnus – en anledning til fravalg	73
5.2.4	Kønnets betydning for specialepræferencer	76
5.2.5	Regionale forskelles betydning for specialepræferencerne.	77
5.3	Hvad er væsentligt for valget af speciale?	79
6.	Psykiatriens image blandt yngre læger og studerende	82
6.1	Billeder af psykiatrien i tidligere undersøgelser	82
6.2	Specialernes prestige	84
6.3	Fagligt og uddannelsesmæssigt image.	84
6.3.1	Videnskabelige krav	84
6.3.2	Det teoretiske indhold	85
6.3.3	Det kliniske arbejde	86
6.3.4	Behandlingsmetodernes effektivitet	87

6.3.5	Uddannelsesmiljøet	87
6.4	Opfattelsen af patienterne inden for specialerne	88
6.4.1	Helbredelighed.	88
6.4.2	Patientforløbene.	89
6.4.3	Patientkontakt	90
6.4.4	Patienternes 'tyngde'	90
6.5	Opfattelsen af arbejdsforholdene inden for specialerne.	91
6.5.1	Vekslede og ubekvemme arbejdstider	91
6.5.2	Tværfagligt samarbejde	92
6.5.3	Indtjeningsmuligheder	92
6.5.4	Psykisk arbejdsmiljø	93
6.5.5	Flere brikker i det samlede billede af psykiatri	94
7.	Effekten af møderne med psykiatrien	96
7.1	Klinikophold i psykiatri	96
7.1.1	Litteraturen om betydningen af klinikophold i studietiden	97
7.1.2	Hvordan vurderes klinikopholdet i psykiatri af de studerende?.	98
7.1.3	Klinikopholdene påvirker vurderingen af psykiatriens image	99
7.1.4	Klinikopholdene påvirker muligheden for valg af psykiatri	104
7.2	FADL-vagternes betydning for dannelsen af præferencer	106
7.2.1	Kontakten til læger og plejepersonale på FADL-vagter.	109
7.2.2	FADL-vagternes effekt på intentioner om specialevalg	111
7.2.3	De målrettedes syn på FADL-vagterne	111
7.3	Øvrige kilder til de studerendes opfattelse af psykiatri.	113
7.3.1	Undervisningen	114
7.3.2	Beretninger fra andre studerende.	116
7.3.3	Egne oplevelser og medierne	116
7.3.4	Vikariater	116
8.	Det målrettede valg af psykiatri.	118
8.1	Hvem er de målrettede?.	118
8.1.1	De målrettedes baggrund.	118
8.1.2	De målrettedes vej mod psykiatrien	118
8.2	Hvorfor psykiatri?	119
8.2.1	Det teoretiske og udviklende	120
8.2.2	Psykiatrien – mere end skøre mennesker der skal låses inde!	121
8.2.3	Kommunikation og samtale som redskab.	123

8.2.4	Arbejdsmiljøet	125
8.2.5	Det tværfaglige samarbejde	125
8.2.6	Gode uddannelsessteder	127
8.2.7	A-holdet – rollemodellejerne	128
8.3	Barriererne	129
8.3.1	Hvad vil andre tænke om mig, hvis jeg bliver psykiater?	130
8.3.2	Lægmand kontra lægevurderinger af psykiatri	131
8.3.3	Ikke et rigtigt lægefag	132
8.3.4	Psykiatriens fysiske placering: 'Lidt væk fra de andre specialer'	133
8.3.5	Distriktspsykiatrien	134
8.3.6	'B-holdet'	135
8.3.7	Det kan være svært at holde fast i sin faglige kasket	137
8.3.8	Problematiske uddannelsessteder	138
8.4	Hvad kan der gøres?	139
8.4.1	Psykiatri ind i turnus	139
8.4.2	Mulighederne for forbedring af kvaliteten af speciallægeuddannelsen i psykiatri	141
9.	Diskussion og anbefalinger	143
9.1	Problemer om for lidt og for dårlig kontakt med specialet	144
9.1.1	Placeringen af psykiatri på medicinstudiet	145
9.1.2	Forbedring af FADL-vagterne?	146
9.1.3	Psykiatrien ind i turnus?	147
9.1.4	Psykiatriens geografiske og organisatoriske placering	149
9.2	Fokus på billedet af de psykiatiske patienter	150
9.3	Fokus på billedet af psykiatere	150
9.4	Fokus på billedet af psykiatrien	152
9.5	Fokus på uddannelsen	152
9.6	Fem konkrete anbefalinger	153
9.7	Igangsættelse af løbende registrering og analyser	154
10.	Appendiks A: Læger og lægeuddannelsen	156
10.1	Medicinstudiet	156
10.2	Psykiatrien i uddannelsen	157
10.2.1	Den obligatoriske psykiatri	157
10.2.2	Ikke-obligatorisk kontakt med psykiatri	158
10.3	Beslægtede fag på studiet	159
10.4	Turnusuddannelsen	159
10.5	Speciallægeuddannelsen	159
10.5.1	Gennemførelse af speciallægeuddannelsen	161

11. Appendiks B: Spørgeskemaundersøgelser	162
11.1 Medicinstuderende	162
11.1.1 Spørgeskemaudformning	162
11.1.2 Testning af spørgeskema	164
11.1.3 Organisering af undersøgelsen	164
11.1.4 Respondentantal	165
11.2 Turnuskandidater	167
11.2.1 Spørgeskemaudformning	168
11.2.2 Organisering af undersøgelsen	168
11.2.3 Respondentantal	169
12. Appendiks C: Interviewundersøgelsen	170
12.1 Forstudiet	170
12.2 Interview med ni målrettede kommende psykiatere	170
12.2.1 Udvalgelseskriterier	170
12.2.2 Interviewguide til semistrukturerede interview med yngre læger under uddannelse til psykiater	171
13. Appendiks D: Supplerende figurer og tabeller	173
Referenceliste	176

Resumé

DSI Institut for Sundhedsvæsen har gennemført en undersøgelse af medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale og betydningen heraf for rekrutteringen til voksenpsykiatri. Undersøgelsen bygger på spørgeskemaundersøgelser blandt medicinstuderende før og efter deres klinikophold i psykiatri, en spørgeskemaundersøgelse blandt yngre læger efter turnus, en bred interviewundersøgelse i forstudiefasen og interview med målrettede kommende psykiatere. Endelig bygger undersøgelsen på et udredningsarbejde og et litteraturstudie.

Specialevalg

I undersøgelsen vurderes specialegrupperne psykiatri, intern medicin, kirurgi og almen medicin overfor hinanden. Undersøgelsen viser, at de psykiatriske specialer er den specialegruppe, som langt de fleste allerede på et tidligt tidspunkt har fravalgt (46 % af de medicinstuderende og 61 % af de yngre læger). Ud af gruppen af medicinstuderende, som har fravalgt psykiatri, siger 42 %, at fravalget blev foretaget før studiestart. Der er således tale om et speciale, som mange har en forudindtaget holdning til. Samtidig er der tale om en specialegruppe, som et stort antal (40 % af de medicinstuderende og 20 % af de yngre læger) endnu ikke har gjort sig nogen overvejelser om.

Ikke desto mindre er der 14 % af de medicinstuderende og 11 % af de yngre læger, som overvejer at tage en speciallægeuddannelse i psykiatri, eller er påbegyndt en introduktionsstilling i psykiatri. Dette er positivt i og med, at en fastholdelse af denne gruppes interesse for psykiatri i sig selv vil kunne dække uddannelsesstillingerne i psykiatri. For at Sundhedsstyrelsens mål med 45 uddannelsesstillinger om året skal nås, er der 6 % af årgangen, der skal vælge at specialisere sig i psykiatri.

Generelt er de medicinstuderende og de yngre læger usikre på deres valg på dette tidspunkt. Undersøgelsen indikerer, at valgprocessen primært foregår som en serie af fravalg frem mod det endelige specialevalg. Turnus gør i den forbindelse ikke de yngre læger sikrere på, hvilket speciale de skal vælge. Derimod bliver de sikrere på, hvilke specialer de ikke vil vælge.

Psykiatriens image

Baseret både på spørgeskemaundersøgelserne og på interviewundersøgelserne kan det konkluderes, at psykiatrien uden sammenligning er det speciale, der har det dårligste image blandt de medicinstuderende og de yngre læger. Det er det mindst prestigefyldte speciale. Det kliniske arbejde opfattes som uinteressant, graden af videnskabelighed anses for at være lav, behandlingsmetoderne anses for at være ineffektive, patientforløbene anses for at

være ekstremt lange, patienterne anses for at være meget svære at arbejde med og patienterne opfattes som meget svære at helbrede. Psykiatrien er her målt op imod specialegrupperne: Intern medicin, kirurgi og almen medicin.

Til gengæld vurderes det faglige/teoretiske indhold pænt, mens respondenterne vurderer uddannelsesmiljøet som værende i den bedre ende – om end de har svært ved at vurdere dette spørgsmål. Om arbejdsforholdene inden for det psykiatriske speciale vurderer de studerende og de yngre læger, at det psykiske arbejdsmiljø er bedre end inden for de andre hospitalsspecialer (intern medicin og kirurgi) og ikke så præget af ubekvemme arbejdstider. Psykiatri ses som præget af meget tværfagligt samarbejde, om end dette vurderes højt for alle specialegrupperne. Indtjeningsmulighederne vurderes at være dårligst i psykiatri sammenlignet med de øvrige specialegrupper.

Møder med psykiatrien

Undersøgelsen viser, at medicinstuderende og læger lægger stor vægt på de kliniske møder med de forskellige specialegrupper, når de skal vælge speciallægeuddannelse. For psykiatris vedkommende er der identificeret to primære møder med psykiatrien, som påvirker de kommende læger. Det drejer sig om FADL-vagter og klinikophold.

Hele 79 % af de medicinstuderende møder psykiatrien i forbindelse med vagter på psykiatriske afdelinger igennem de medicinstuderendes eget vagtbureau, som drives af FADL (Foreningen af Danske Lægestuderende). FADL-vagterne har en overvejende negativ indflydelse på psykiatriens image, fordi de studerende som oftest sidder fastvagt ved de bæltefikserede patienter. Patienter der er i de dårligste faser af deres forløb. De medicinstuderende har under vagterne ingen kontakt med læger på afdelingerne, og mange oplever at være overladt til sig selv uden information om, hvad de skal observere for. Således vurderer 57 % af de studerende, at FADL-vagterne har svækket muligheden for, at de vil vælge psykiatri som speciale, mens under 10 % vurderer, at muligheden er blevet styrket.

Klinikopholdene har derimod en positiv indflydelse på de studerendes holdning til psykiatri. I løbet af klinikopholdet sker der en stærk forøgning af de studerende, som overvejer at vælge psykiatri som speciale. Det er således 25 % af de studerende, som umiddelbart efter klinikopholdet siger, at de overvejer at vælge et psykiatrisk speciale. Klinikopholdet påvirker ligeledes holdningen til såvel det kliniske arbejde, som det teoretiske indhold, patienterne, plejepersonalet og ikke mindst lægerne inden for specialet i positiv retning.

‘De målrettede’, ‘de jævne’ og ‘de langsomme’

Udredningsarbejdet viser, at det i dag er sådan, at mange vælger psykiatrien forholdsvis sent. Således er psykiaterne (såvel færdiguddannede speciallæger som læger i hoveduddannelse i psykiatri) ca. fire år ældre end de tilsvarende grupper for alle specialerne samlet set. Den gennemsnitlige kandidat-alder for læger, der går i gang med et hoveduddannelsesforløb i psykiatri, er 11,4 år mod 8,7 år for alle speciallægeuddannelser (baseret på tal eksklusiv almen medicin). Mange har anden klinisk erfaring først, nogle har en uddannelse som praktiserende læge bag sig. Der er dog en gruppe på ca. 20 %, som mere målrettet uddanner sig til speciallæge i psykiatri. Udredningsarbejdet har identificeret tre grupperinger: ‘De målrettede’, ‘de jævne’ og ‘de langsomme’. Den største gruppe er de jævne (54 %). Der er en stor gruppe af de læger, som specialiserer sig inden for psykiatrien, som har valgt specialet meget sent (29 % har en kandidatalder på over 14 år, når de går i gang med et hoveduddannelsesforløb).

Der kan være mange gode årsager til, at læger påbegynder uddannelsen i psykiatri sent. Blandt de målrettede tales der om et A og et B hold af læger inden for psykiatrien. Deres vurdering er, at B holdet påvirker psykiatriens image i retning af at være et speciale, man kun tager, når man ikke kan blive andet.

For at forbedre rekrutteringssituationen i psykiatrien er det vigtigt, at flere læger vælger psykiatri tidligere. For det første vil det give den enkelte læge flere år som færdig speciallæge i psykiatri. For det andet vil det forbedre psykiatriens image, hvis det i højere grad opfattes som et speciale, der søges af yngre og målrettede læger. Undersøgelsen har derfor sat fokus på, hvad der kendetegner de målrettede, kommende psykiatere.

Endelig viser undersøgelsen, at der er store regionale forskelle på rekrutteringsproblemerne i psykiatrien. De største problemer findes således i uddannelsesregion Nord.

Hvad der kendetegner de målrettede

De målrettede kommende psykiatere er generelt meget positive over for psykiatrien. De finder, at psykiatrien dels er fagligt meget spændende og personligt udviklende, dels er inde i en spændende faglig udvikling, som kan være med til at tiltrække flere på et tidligere tidspunkt og med en reel interesse for faget.

I modsætning til mange af de yngre læger og medicinstuderende i forstudie-interviewene, så er de målrettede kommende psykiatere ikke skræmte over de psykiatriske patienter. De synes i stedet, at de er ‘sjovere’ at arbejde med end andre patientgrupper. Generelt sætter de målrettede stor pris på, at

kommunikation fylder så relativt meget i deres arbejdsdag. Kommunikationen med patienterne er dog ikke altid lige nem eller rolig. En del af arbejdet består i at tale patienterne til ro. Kommunikation om tvang fylder noget i interviewene med de målrettede.

De målrettede vurderer, at psykiatrien har langt det bedste arbejdsmiljø i forhold til andre sygehusafdelinger. Deres vurdering er, at der generelt er mere respekt og en bedre tone i psykiatrien. De målrettede vurderer, at der er mere tværfagligt samarbejde i psykiatrien, og de er generelt meget positive over det tværfaglige fokus. Dette samarbejde bidrager både til sparring, og til at man bliver god til at argumentere, men også til det gode psykiske arbejdsmiljø. Det tværfaglige fokus kan dog også være en udfordring for de yngre læger, der kan have svært ved at holde fast i deres rolle som læger over for andre faggrupper.

Set gennem de målrettedes perspektiv er uddannelsen til psykiater en positiv oplevelse. De mener, at de fleste, der kommer i kontakt med arbejdet inden for psykiatrien enten i vikariat eller i uddannelsesstillinger, generelt bliver meget positive over for psykiatrien. Selvom uddannelsesforløbene af de målrettede bedømmes til at være blevet bedre og ofte er meget velfungerende og velstrukturerede, har der dog tidligere været forløb der ikke var så gode, og der er stadig visse undtagelser fra gode forløb.

Betydningen af rollemodeller skal ikke underkendes. De har ofte haft en afgørende betydning for, at de målrettede har valgt at uddanne sig til psykiatere og har kunnet se sig selv i psykiatrien – også ude i fremtiden som færdige speciallæger.

Selvom de målrettede i overvejende grad er meget positive om psykiatrien, så ser de også nogle barrierer for rekrutteringen. En meget stor og væsentlig bagside er psykiatriens dårlige image, fordi 'det at det er pinligt at sige man vil være psykiater' kan være med til at udskyde eller helt forhindre valget af psykiatri, hvis den enkelte støder på 'noget', der også kunne være interessant undervejs – 'noget' med et image, der gør, at det er nemmere at sige til sig selv og andre, at det er det, man gerne vil være. Det er altså vigtigt at få ændret dette image, hvis der skal være flere 'målrettede' inden for psykiatrien. Placeringen geografisk væk fra de somatiske specialer og ikke mindst det at have "B holdet" til kolleger er med til at opretholde det dårlige image.

Barriererne

For at flere af de yngre læger skal foretage et valg af først en introduktionsstilling og senere et hoveduddannelsesforløb i psykiatri, kan der dog på baggrund af undersøgelserne argumenteres for, at psykiatriens image skal æn-

dres, herunder specielt opfattelserne af, hvorvidt arbejdet gør en forskel, og hvorvidt arbejdet er klinisk interessant, og at dette blandt andet skal ske på baggrund af de studerendes og de yngre lægers møder med psykiatrien.

Det kliniske arbejde i et speciale vurderes som værende den absolut vigtigste faktor for valget af speciale. Dette er for størstedelen af respondenterne kernen i det lægelige virke, og derfor er det problematisk, at vurderingen af det kliniske arbejde viser, at psykiatrien vurderes klart dårligst blandt specialerne.

Mulighederne

Skal lægernes valg af psykiatri påvirkes i en positiv retning, er der dog grund til at bide mærke i, at et godt uddannelsesmiljø, et godt psykisk arbejdsmiljø og mulighed for faglig sparring topper i væsentlighed, når både studerende og yngre læger skal fremhæve faktorer i specialevalget. Psykiatri har gode muligheder for at markere sig netop på disse felter, som alle fremhæves i interviewene med de målrettede, kommende psykiatere som værende faktorer, der er specielt velfungerende i psykiatrien. Det, at specialevalg i høj grad ser ud til at være et resultat af fravalg af andre specialer gennem turnus, kan således blive til psykiatriens fordel, hvis det kan sandsynliggøres, at de yngre læger vil blive taget bedre imod, føle sig mere hjemme og få mere feedback og sparring inden for psykiatrien. Hvad angår tidligere valg og kendskab til psykiatrien, ville det dog være en fordel, om de der var interesserede i psykiatri kunne vælge psykiatri som en del af turnus.

Anbefalingerne

Rapporten anbefaler, at psykiatri som en valgmulighed i turnus afprøves og evalueres i tråd med de forsøg, der har været med psykiatri i turnus i den norske lægeuddannelse.

Det anbefales også, at der gøres en indsats for at forbedre indholdet af FADL-vagterne i psykiatri. Dels ved en højere grad af bevidsthed om FADL-vagternes betydning for psykiatriens image og rekruttering, dels gennem kurser eller ved at ruste de studerende til arbejdet gennem en uddannelse på linje med 'ventilator' uddannelsen.

Det anbefales, at der gøres en indsats over for psykiatriens image på lægestudiet ved at danne foreninger for de studerende med en interesse for psykiatri. Sådanne foreninger kan være med til at fremme det mere målrettede valg af psykiatri og være med til at forbedre kendskabet til psykiatri.

Det anbefales, at der oprettes flere uddannelsesstillinger på afdelinger med oversøgning.

Det anbefales også, at der foretages en nærmere undersøgelse af, hvad rekrutteringsproblemerne i uddannelsesregion Nord er udtryk for.

Endelig anbefales det, at der igangsættes en løbende registrering og løbende analyser af danske lægers valg af speciale. Dette generelt med henblik på at kunne forebygge lægemangel inden for konkrete specialer og for at fremme målrettede specialevalg og mindske barrierer herfor.

1. Indledning

Denne undersøgelse handler om rekrutteringen til voksenpsykiatri og de problemer og muligheder, der knytter sig hertil. Det har i en årrække forholdt sig sådan, at psykiatri som lægefagligt speciale har haft problemer med at rekruttere det nødvendige antal læger – og i særdeleshed yngre læger – til specialet. Hvis ikke denne tendens ændres, vil Danmark stå med en alarmende mangel på psykiatere i fremtiden. Sundhedsvæsenet står derfor over for en væsentlig udfordring, der består i at få flere yngre læger til at vælge en speciallægeuddannelse i psykiatri og dernæst fastholde disse læger.

1.1 Baggrund for projektet

Der har i længere tid har været problemer med at tiltrække det nødvendige antal læger til speciallægeuddannelsen i psykiatri, og der er derfor tale om et kendt problem (Aggernæs 1996; Birket-Smith, Knudsen & Schepele 1993; Løkke, Karle & Jepsen 2000; Løkke, Mathiesen, Christensen & Wiwel 1998)¹. Der er også tale om en tendens, som er kendt fra en lang række andre vestlige lande, hvor der også er rekrutteringsproblemer inden for psykiatrien. Således er der lignende problemer i fx USA (Feifel, Moutier & Swerdlow 1999; Sierles & Taylor 1995) og i England (Goldacre, Turner, Fazel & Lambert 2005).

Psykiatrien er i Danmark blandt de specialer, som over de kommende 15 år vil have det største fald i antallet af speciallæger – mere end 20 % (Sundhedsstyrelsen 2003c). Ifølge Sundhedsstyrelsen var 15 % af speciallægestillingerne vakante i 2003 (i børne- og ungdomspsykiatrien var tallet næsten 30 %). Samtidig er psykiatrien det speciale, der har haft flest ubesatte hoveduddannelsesforløb fra 1998-2001, hvor knap 20 % af alle opslåede stillinger har været ubesatte (Sundhedsstyrelsen 2003c). Ser man på perioden 1998-2003 er problemet blevet større, idet 34 % af hoveduddannelsesforløbene på landsplan er ubesatte².

1.1.1 Et spørgsmål om rekruttering og ikke blot dimensionering

Hele problemkomplekset om udbud af og efterspørgsel efter lægelig arbejdskraft er blevet udredt i flere omgange, bl.a. i Sundhedsstyrelsens læ-

¹ Situationen har tidligere været den modsatte: En uddannelsesenquete foretaget af FYP i 1985 viste, at der på daværende tidspunkt var kø på alle niveauer, og at der var langt flere som ønskede en uddannelse i psykiatri, end der var kapacitet til at uddanne. I psykiatrien, som i mange andre specialer, var problemet bl.a., at færdiguddannede blokerede systemet, fordi de sad i førstereservelægestillinger, som de ikke kunne komme videre fra. Der eksisterede på daværende tidspunkt 185 førstereservelægestillinger i psykiatri, hvoraf 90 var besat med speciallæger. (Saxkjær & Aggernæs 1985). Faststillingsreformen har løst dette problem. Uddannelseskapaciteten på daværende tidspunkt var 25 psykiatere årligt mod 45 i dag.

² Kilde: Sekretariatsleder Jan Greve, Det lægelige Videreuddannelsessekretariat, Uddannelsesregion Nord.

geprognose (Sundhedsstyrelsen 2003b) og den efterfølgende dimensioneringsplan (Sundhedsstyrelsen 2003c). Sundhedsstyrelsen skønner, at der er et behov for at uddanne omkring 45 psykiatere årligt (Sundhedsstyrelsen 2003c), og har anbefalet udvidelser i uddannelseskapaaciteten inden for psykiatrien, men den manglende søgning gør, at problemet ikke kan løses ad denne vej. Uddannelseskapaaciteten bliver først et effektivt værktøj, hvis rekrutteringen forbedres.

Dimensioneringsplanen gav anledning til, at Foreningen af Yngre Læger gennemførte en dimensioneringsenquete blandt medlemmerne i 2004 (Foreningen af Yngre Læger 2004a), som kom frem til et noget andet billede af behovet for stillinger ved at tage udgangspunkt i lægernes ønsker om specialisering. Ifølge dimensioneringsenqueten fra Foreningen af Yngre Læger ønsker kun 10 (ud af 700) cand.med.'er at begynde i hoveduddannelsen til psykiatri i 2006, 12 (ud af 825) året efter, og 13 (ud af 925) det følgende år (FAYLs dimensioneringsenquete).

Disse forskellige udgangspunkter førte til en diskussion om, hvorvidt antallet af stillinger skal tilpasses lægernes uddannelsesønsker (som udledt af FAYLs enquete (Foreningen af Yngre Læger 2004a; Larsen 2004), eller sundhedsvæsenets behov som estimeret af Sundhedsstyrelsen (Buccarella 2005; Sundhedsstyrelsen 2003c).

Imidlertid står psykiatrien tilbage med store rekrutteringsproblemer, og da speciallægeuddannelsestiden er lang, kræver det hurtig handling, hvis der skal dæmmes op for fremtidige problemer. Yngre Lægers dimensioneringsenquete var med til at sætte gang i en debat om problemerne i psykiatrien. I en artikel i Ugeskriftet fremførte en lang række nøgleaktører inden for psykiatrien efterfølgende flere årsager til rekrutteringsproblemet under overskriften 'Psykiater? – Nej tak'.

1.1.2 Psykiater? – Nej tak

Projektet har taget sit udgangspunkt i debatten om årsager og virkemidler i forhold til rekruttering og fastholdelse af læger i psykiatrien. Startskuddet var artiklen "Psykiater? – Nej tak" (Andersen 2004). Den diskuterende rekrutteringsproblemet og identificerede en række mulige årsager. Artiklen, som var baseret på interview med mange fremtrædende aktører på området, herunder overlæger i psykiatri, fremhævede følgende årsager til, at yngre læger fravælger at specialisere sig i psykiatri: Psykiatriens dårlige/uklare image, fordomme, generel lægemangel, en uklar lægerolle og vaklende administrativ placering hvor distriktpspsykiatrien desuden fremstår som uvidenskabelig og ensom.

I en række efterfølgende artikler fra især psykiatriske overlæger blev der på den ene side sat spørgsmålstegn ved flere af de årsager, som artiklen identificerede (Aggernæs 2005a; Sestoft 2005; Skausig 2005). Men på den anden side blev en række andre mulige årsager til rekrutteringsproblemet fremhævet, herunder behovet for en forbedring af psykiatriuddannelsen (Aggernæs 2005a) og en styrkelse af psykiatriens faglige identitet (Sestoft 2005).

Rekrutteringsproblemet er således erkendt og der er af aktører inden for feltet fremsat flere hypoteser om dets årsager og mulighederne for at afhjælpe det. Imidlertid manglede en mere systematisk undersøgelse af, hvor udbredte de forskellige problemer var for rekrutteringen til psykiatrien, og en vurdering af, hvorledes problemerne bedst kunne afhjælpes.

1.2 Projektet formål

Formålet med dette projekt har været at undersøge yngre lægers og medicin-studerendes valg af speciale, herunder deres syn på psykiatri, med det formål at generere viden der kan bruges til at forbedre rekrutteringssituationen inden for psykiatri. Det er således en del af formålet at identificere relevante indsatsområder. Undersøgelsen skal give svar på følgende spørgsmål:

1. Hvornår og på hvilket grundlag vælger eller fravælger de yngre læger og de medicinstuderende psykiatri?
2. Hvad kan der gøres for at ændre situationen og øge tilgangen til psykiatrien?

Undersøgelsen forventes således både at bidrage med viden om det at vælge og fravælge specialer, og herunder hvorfor psykiatri vælges eller fravælges, samt at kunne bidrage til beslutningsgrundlaget ved fremtidige planer om at styrke psykiatri som lægefagligt speciale.

1.3 Store problemer og høje ambitioner

Målet for rekrutteringen til voksenpsykiatri er sat til 45 om året (Sundhedsstyrelsen 2003c). Det må imidlertid påpeges, at der er usikkerhed forbundet med at estimere sundhedsvæsenets 'behov'. Lægemangel er ikke nogen ligefrem og objektiv størrelse, der kan opgøres som forskellen mellem 'udbud' og 'efterspørgsel', hvor udbuddet er antallet af erhvervsaktive læger, mens efterspørgslen opgøres ud fra normeringer i sygehusvæsenet og ydernumre i praksis (Sundhedsstyrelsen 2003b:34).

Det betyder, at konstruktionsprocessen omkring normeringer og ydernumre er af afgørende betydning for etableringen af fænomenet lægemangel. Hvordan ændringer i normeringer og ydernumre bliver til må belyses nærmere

for at forstå det konkrete indhold i 'lægemangel' – eller som her, konkret: psykiatermangel.

Et amerikansk studie peger på, at denne usikkerhed blandt andet hænger sammen med, at sundhedsvæsenet er under forandring (i USA) af bl.a. følgende årsager:

“The national health agenda, which accentuates the trend towards increased primary care specialties, the widening attractiveness of a range of specialties to women, the increasing financial burden of medical education and the renegotiation of roles among the mental health disciplines”.

(Lee, Kaltreider & Crouch 1995).

Flere af disse udviklingstræk kan genfindes i varierende grad i en dansk kontekst.

Et engelsk studie påpeger, at der er stor usikkerhed om behovet for psykiatere, og at ændrede arbejdsformer og opgaveglidning har stor indflydelse på behovet. Efterspørgslen efter psykiatere er ikke nogen naturgiven eller automatisk funktion af en objektiv sygdomsprofil, men afhænger af psykiatriens rolle, som ændrer sig over tid og som varierer fra land til land (Brockington & Mumford 2002).

En norsk analyse af lægemangel peger på, at fænomenet ikke udelukkende bør forstås i den traditionelle forstand – som et spørgsmål om at der er for få læger til at besætte stillingerne. Tre andre typer af lægemangel identificeres: *ekspansiv efterspørgselsbaseret lægemangel* som skyldes, at nye behandlingsmetoder øger efterspørgslen og dermed behovet for læger, *lokalt konstrueret lægemangel* som skyldes lokale organisatoriske forhold og *professionsdrevet lægemangel* som skyldes, at medicinsk specialisering ikke er forenelig med en sygehusstruktur med mange små lokalsygehuse. (Kjekshus & Tjora 1999; Kjekshus & Tjora 1998).

Dette projekt afgrænser sig imidlertid fra at analysere efterspørgselssiden af psykiatermanglen nærmere, og fokuserer således på at øge udbuddet af psykiatere ved at forbedre rekrutteringssituationen. Projektet godtager hermed den grundlæggende præmis, at der er mangel på psykiatere, og at mængden af vakante stillinger gennem årene udgør et problem.

Det er dog relevant at sammenligne rekrutteringsmålsætningen for psykiatri, som er 45 i hoveduddannelse om året (Sundhedsstyrelsen 2003c)³, med

³ Vær opmærksom på at dette tal som nævnt anbefales yderligere forøget, men det fastholdes på 45 så længe rekrutteringssituationen er så dårlig (Sundhedsstyrelsen 2003c).

årgangenes størrelse: Yngre lægers dimensioneringsenquete regner med, at 700 kandidater bliver færdige i 2006, 825 i 2007 og 925 i 2008 (Foreningen af Yngre Læger 2004b). Hvis dimensioneringsplanens mål om 45 om året skal nås, så svarer det til 6,4 % af 2006 årgangen, 5,5 % af 2007 årgangen og 4,9 % af 2008 årgangen. Ifølge Yngre Lægers uddannelsesenquete i 2001 var 4,9 % af de uddannelsessøgende medlemmer i gang med en uddannelse i psykiatri (Matthiesen, Jensen & Nielsen 2001). Skal Sundhedsstyrelsens mål nås, svarer det til, at ca. 4,9 – 6,5 % af årgangene i de kommende år skal vælge voksenpsykiatri. I år 2000 var der 703 speciallæger i psykiatri, hvilket svarede til 6,1 % af samtlige speciallæger, se appendiks A. I år 2010 forventes antallet af speciallæger i voksenpsykiatri at være faldet til 580 (Sundhedsstyrelsen 2000), mens efterspørgslen forventes at være på 908 speciallæger i voksenpsykiatri (Sundhedsstyrelsen 2000).

I USA, hvor rekrutteringen til psykiatri også har været anset for problematisk, har den ikke siden 1959 været helt oppe over 6 % af en årgang, og den har siden 1991 ligget under 4 %. (Sierles, Yager & Weissman 2003). I UK har andelen mellem 1974 og 1993 svinget fra 2,9 % til 4,2 % af årgangene. (Brockington et al. 2002). I Italien er det 3 %, der bliver psykiatere (1999-tal) (Galeazzi, Secchi & Curci 2003).

Selvfølgelig kan disse internationale andele ikke umiddelbart og direkte overføres til en dansk kontekst. Der kan være mange forhold, som har indvirkning på søgningen til et givet speciale, i et givet land, på et givet tidspunkt. Men de internationale tal indikerer dog, at de mål, man har sat sig i Danmark med hensyn til rekruttering til psykiatri, er relativt ambitiøse. Rekrutteringsambitionerne er således høje set i et internationalt perspektiv.

Det må dog også understreges, at man er langt fra at nå disse mål, idet Yngre Lægers dimensioneringsenquete peger på, at der pt. er 1,4 % på hver af de tre årgange, som ønsker en hoveduddannelsesstilling i psykiatri. Dette tal ligger tilsvarende langt under de tilgængelige internationale studier. Dette betyder, at skal målet nås, vil det på flere områder kræve en ekstraordinær indsats.

Spørgsmålet om, hvordan man kan få flere yngre læger til at vælge psykiatri, er hermed sat på dagsordenen. Aktører inden for psykiatrien er gennem diverse artikler selv fremkommet med en række teser om årsagerne til problemerne. Men disse teser må undersøges nærmere for reelt at kunne vurdere, hvad der påvirker lægernes valg og fravalg af psykiatri. Derfor vil vi undersøge yngre lægers og studerendes valg af speciale.

1.4 Rapportens opbygning

Kapitel 1 indleder rapporten og præsenterer problemstillingen.

Kapitel 2 præsenterer undersøgelsesdesign, metoder og definitioner.

Kapitel 3 omhandler anvendelsen af international litteratur, herunder en præsentation af litteraturstudiets overordnede resultater.

Kapitel 4 præsenterer resultaterne af et udredningsarbejde om psykiateres baggrund og deres frafald fra uddannelsen til speciallæge i psykiatri samt om de regionale forskelle i rekrutteringsproblemerne.

Kapitel 5 analyserer studerendes og yngre lægers valg af speciale baseret primært på resultaterne af de gennemførte spørgeskemaundersøgelser, med bidrag fra litteraturstudiet og interviewundersøgelserne.

Kapitel 6 analyserer psykiatriens image blandt yngre læger og studerende. Kapitlet præsenterer primært resultater fra spørgeskemaundersøgelserne, dog med bidrag fra litteraturstudiet og interviewundersøgelserne.

Kapitel 7 analyserer effekter af møder med psykiatrien og baseres primært på resultater af spørgeskemaundersøgelserne med bidrag fra litteraturstudiet og interviewundersøgelserne.

Kapitel 8 analyserer på baggrund af interview med de unge, målrettede, kommende psykiatere psykiatrien set indefra – hvad var det, der fik dem til at vælge psykiatri, og hvilke muligheder og problemer de ser for at forbedre rekrutteringen.

Kapitel 9 diskuterer rapportens resultater, og der opstilles en række anbefalinger til, hvad der kan gøres for at forbedre rekrutteringen til psykiatrien.

1.5 Tak til alle der har bidraget til undersøgelsen

Denne undersøgelse havde ikke kunnet gennemføres uden hjælp fra en række institutioner og personer. Derfor tak til de sundhedsvidenskabelige fakulteter. En særlig tak til fra Odense: Jane Vestergaard, Birgitta Wallstedt, Doris Jonassen og studieleder Sven Stenvang Petersen. Fra Århus: Susanne Vang og studieleder Bjarne Møller Madsen. Og fra København: Jørgen Hedemark, Mia Toldam og studieleder Pernille Due.

Også en stor tak til de andre, der har leveret data til undersøgelsen eller på anden vis har muliggjort undersøgelsen:

Jan Greve, Lars Woetmann Mikkelsen og Katrine Backman Nøhr, Videreuddannelsessekretariatet Region Nord, Merete Juul Sørensen og Ulla Bartels, Region Nord, Monika Madsen, Anne Gladbo Platz og Kirsten Wulff, Sundhedsstyrelsen, Helle Messerschmidt, Den Almindelige Danske Lægeforening, Jesper Eriksen, Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst, Marie Pinholt Krabbe, Videreuddannelsen Region Syd, Sonja Rasmussen, Region Syd, Jeanett Bauer, Fraktionen af Yngre Psykiatere, Hans Mathiasen, Foreningen af Yngre Læger og Thomas Gønge, Datatilsynet.

Endelig en stor tak til medlemmerne af projektets følgegruppe: Tommy Kjeelsgaard og Thomas I. Jensen, Amdsrådsforeningen, Anders Meinert Pedersen, Ribe Amt, Gert Pilgaard Christensen, Ringkøbing Amt, Søren Bredkjær, Dansk Psykiatrisk Selskab, Lene Falgaard Eplov, Foreningen af Yngre Læger, Marit Karina Buccarella, Sundhedsstyrelsen og Birgitte Rønn, Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst.

Følgegruppens arbejde har blandt andet bestået i at fungere som sparringspartnere i processen og i at kommentere på projektbeskrivelsen, udkast til spørgeskema og foreløbigt udkast til rapport.

2. Undersøgellesdesign, metoder og definitioner

Kapitlerne 4-9 omhandler en række temaer relateret til rekrutteringsproblemerne inden for psykiatrien. Som grundlag for disse analyser ligger forskellige delundersøgelser. I dette kapitel redegøres for disse delundersøgelser, samt hvordan det centrale fænomen – “lægers valg af speciale” – operationaliseres i undersøgelsen. Der henvises i øvrigt til appendiks B om spørgeskemaundersøgelserne og appendiks C om interviewundersøgelserne.

2.1 Lægers valg af speciale: En definition i fem dele

En del af forskningen i lægers specialevalg opererer med en ofte udtalt antagelse om, at lægers specialevalg er en variation af en rationel og bevidst beslutningsproces:

“Career choice (...) involves people considering the entire range of careers and then circumscribing those which they regard as broadly acceptable, making their eventual choices within that subset”.
(Petrides & McManus 2004)

Det er imidlertid denne undersøgelses udgangspunkt, at lægers valg af speciale ikke foretages én gang for alle. Præferencer dannes, stillinger søges, valg træffes og det ønskelige kombineres med det mulige. Præferencer og muligheder formes løbende og påvirker gensidigt hinanden. Selvfølgelig kan der indtræde situationer, hvor bestemte handlinger disponerer udviklingen kraftigere i én retning frem for i andre, fx en underskrift på en ansøgning til en introduktionsstilling i kardiologi eller et hoveduddannelsesforløb i psykiatri. Men mange af disse valg kan ændres – både det mulige, det ønskelige, præferencer og interesser har den egenskab, at det ikke er statiske størrelser, men i stedet sociale mekanismer under konstant potentiel transformation. Valget af speciale er således ikke i udgangspunktet nogen enkeltstående hændelse, men må grundlæggende ses som en proces, hvor fravalg af nogle muligheder begrænser feltet, og hvor koblingen af det mulige, det ønskelige og andre hensyn ender med at forme den endelige beslutning. (For en processuel forståelse af specialevalg, se fx: Dohn 1996; Mitchell 1975).

Denne tilgang til valg af speciale har konsekvenser for definitionen af, hvad der kendetegner et specialevalg. I det følgende redegøres for lægernes forløb i relation til valg af speciale, hvor der differentieres mellem fem forskellige stadier. Følgende terminologi anvendes om faserne i denne rapport om specialevalsprocessen:

1. **Intentioner og præferencer** under studiet og turnus.
2. **Foreløbige valg** under introduktionsstillinger.
3. **Valg af speciale** ved opnåelse af hoveduddannelsesforløb.
4. **Specialeskift** ved omvalg under hoveduddannelsesforløbet.
5. **Revalg** ved påbegyndelse af ny specialeuddannelse efter gennemført specialisering.

Ad 1) Intentioner og præferencer under medicinstudiet og turnusuddannelsen

Medicinstuderende og turnuskandidater kan have klare præferencer og intentioner om specialevalg (Petrides et al. 2004), men som forskningen viser, bliver ikke alle intentioner til virkelighed af mange forskellige årsager. Men hvorom alting er, er der på dette stadie kun tale om præferencer og intentioner – ikke om deciderede valg. Dette helt uagtet at enkeltindivider kan have foretaget et subjektivt valg. Årsagen til denne skelnen er, at de enkelte aktørers handlinger under studiet og turnus ikke formelt set har nogen konsekvenser i form af indsnævring af deres handlemuligheder senere.

Men selvom der kun er tale om intentioner, er det alligevel centralt at vide, om disse intentioner viser sig at være konsistente over tid. Dohn har foretaget en omfattende litteraturgennemgang om lægers specialevalg, og han peger på, at inden for en given population af studerende er der ofte en høj grad af konsistens i specialevalget samlet set (omkring halvdelen eller mere). Men forløbsstudier på individniveau afslører, at kun omkring en tredjedel vælger det speciale, de foretrak under studiet (typisk målt under de første år af uddannelsen) (Dohn 1994:32ff)⁴. Den enkelte studerende skifter således ofte mening, men de mange skift har en tendens til at udligne hinanden, således at det samlede billede er betydeligt mere konsistent, end de individuelle præferencer alene peger på.

Ad 2) Foreløbigt valg af speciale via introduktionsstilling(er)

Efter turnus foretages et første valg af introduktionsstilling. Dette valg kan i varierende grad være baseret på en klar intention om at forfølge en specialisering i den givne retning. I fald der er tale om en klar intention, kan den – af samme årsager som intentionerne under studiet og turnus – ændres. Men der behøver ikke nødvendigvis at være tale om noget klart valg, endsige om nogen afklaring med hensyn til specialevalg. På dette stadie kan der være tale om foreløbige valg af speciale. Disse bliver mere og mere endelige, jo nærmere fase to lægen kommer.

Et stort engelsk studie, som har fulgt alle nyuddannede i 1993 viser, at stabiliteten af deres specialevalg kun forøges ganske lidt fra et til tre år efter kandidatgraden. Under halvdelen mente tre år efter, at deres valg af speciale

⁴ Det må anføres, at Dohn's litteraturgennemgang primært er af studier i angelsaksiske lande.

var sikkert, og i den mellemliggende periode havde en fjerdel ændret deres valg (Goldacre & Lambert 2000).

Med speciallægereformen søger man at få de yngre læger til at træffe et mere stabilt og bindende valg tidligere i processen, og dermed forkorte den samlede uddannelsestid.

Ad 3) Valg af speciale ved opnåelse af hoveduddannelsesforløb

Valget af hoveduddannelse er langt mere bindende end intentionerne under studiet og turnus samt introduktionsstillinger, idet mulighederne nu snævres ind, og en egentlig specialisering finder sted. Med den gamle speciallægeuddannelse kunne der på dette stadie vælges bredere grundspecialer (intern medicin og kirurgi) og det var normalt først efter fuldførelse af disse forløb, at en grenspecialisering fandt sted. Efter speciallægereformen foretages valget tidligere, og grundspecialet kan siges at være reduceret til det fælles forløb under 'common trunk'. Hvor man på de to tidligere stadier i denne specialevalgsmodel både kunne finde læger (og studerende), som ikke havde foretaget et valg, har læger i denne fase alle foretaget et valg af speciale. Dette kan være mere eller mindre drevet af lyst, evner, praktiske muligheder og mange andre omstændigheder. Men på dette stadie har hele populationen foretaget et valg.

Ad 4) Specialeskift ved omvalg under hoveduddannelsesforløbet

Ligesom forholdene kunne ændre sig under studiet, turnus og i introduktionsstillinger, kan de også ændre sig under hoveduddannelsen. Men netop fordi der er tale om en fase, der ligger så relativt langt henne i forløbet, at alle har foretaget et specialevalg på dette tidspunkt, er der tale om et decideret specialeskift, når læger i hoveduddannelse ændrer deres specialevalg. Derfor anvendes termen specialeskift kun om læger, der, efter at de har opnået et hoveduddannelsesforløb (tidl.: kursusstilling), skifter mening og derefter søger at opnå stillinger, der kan kvalificere dem inden for andre specialer. Her er der tale om et forsinkende omvalg.

Ad 5) Revalg ved påbegyndelse af ny specialeuddannelse efter gennemført specialisering

Enkelte læger vælger at gennemføre en speciallægeuddannelse for dernæst at påbegynde – og i nogle tilfælde også fuldføre – en ny speciallægeuddannelse. Her er der tale om et reelt revalg, og ikke et omvalg, idet der bogstaveligt talt vælges igen, uden at det får konsekvenser for det tidligere valg af speciale. Yngre Lægers uddannelsesenquete fra 2001 viser, at ud af de 1826 responderende medlemmer, som allerede er speciallæger, er 211 (12 % af speciallægerne) i gang med en ny speciallægeuddannelse oveni, mens 180 (10 % af speciallægerne) allerede havde erhvervet to (eller flere) speciallægeuddannelser (Matthiesen et al. 2001).

2.1.1 Valg gennem fravalg

Mange studier om lægers valg af speciale fokuserer på det positive tilvalg: Hvorfor, hvornår og på hvilken baggrund vælger yngre læger et speciale? Imidlertid er der også studier, som tager den modsatte tilgang, og i stedet fokuserer på fravalg af specialer. Her er der tale om et spektrum; fra specialer de yngre læger aldrig har overvejet, til specialer, som de har overvejet alvorligt, men alligevel til sidst har fravalgt. Denne forskning peger på, at valg af speciale i vidt omfang foretages som fravalg, sådan at forstå, at valget foretages indirekte og via fravalg af de specialer, som ikke har de træk og egenskaber, den yngre læger ønsker (Petrides et al. 2004).

Blandt de deciderede fravalgsstudier hører et stort engelsk studie blandt alle nyuddannede læger i UK årgang 1996 og 1999 ca. et år efter kandidateksamen (Lambert, Davidson, Evans & Goldacre 2003). Via åbne spørgsmål fik respondenterne mulighed for selv at formulere deres begrundelser – frem for at skulle vælge fra en lukket liste af prædefinerede mulige årsager til fravalg. Dette ledte til otte brede kategorier, der begrundet fravalg af specialer, som de pågældende havde overvejet seriøst. Overordnet viste undersøgelsen, at næsten 1/3 havde fravalgt et speciale, som de tidligere havde overvejet seriøst (= *seriously considered*). Dette maner til en vis forsigtighed med hensyn til anvendelsen af resultaterne om præferencer for specialer og sikkerheden af valget.

Psykiatri var ét af de specialer, hvor årsager til fravalg specifikt blev undersøgt. Langt hovedparten af dem, som havde fravalgt psykiatri, pegede på problemer i forhold til selve arbejdets indhold. 72 % af dem, der havde fravalgt psykiatri, pegede på forskellige begrundelser, som blev kategoriseret som "*lack of enjoyment of job content*", hvilket var langt flere end i noget andet hospitalsspecialer. Begrundelserne var som følger:

"Some thought that maintaining professional detachment from patients' problems would be difficult, while others were unconvinced by current approaches to the management of psychiatric illness and felt they would be unable to apply their theoretical knowledge in practical situation".

(Lambert et al. 2003)

Derimod var det kun 2 %, som fravalgte psykiatri med begrundelser relateret til "*training/exams*", hvilket var den laveste for de målte specialer.

Alt i alt betragtes valget af speciale således som en proces, karakteriseret ved gradvis dannelse og stabilisering af præferencer, præget af til- såvel som fravalg. Denne proces består overordnet set af fem mulige faser, hvoraf langt hovedparten af alle læger kommer gennem de første tre – dannelsen af præferencer og intentioner, foreløbige valg, samt valg af speciale – mens

de sidste to faser – specialeskift og revalg – kun vil være aktuelle for en del af populationen.

2.2 Undersøgelsens delområder

Som grundlag for udarbejdelsen af denne rapport er der foretaget fem forskellige undersøgelser:

1. Forstudie
2. Litteraturstudie
3. Spørgeskemaundersøgelser
4. Udredningsarbejde
5. Interviewundersøgelse.

Forstudiet og litteraturstudiet har dannet grundlag for udarbejdelsen af de større empiriske undersøgelser, som danner baggrund for denne rapport. For at få belyst problematikken om rekrutteringsproblemerne er der gennemført tre forskellige typer af empiriske undersøgelser:

- Spørgeskemaundersøgelser blandt medicinstuderende og turnuskandidater, der primært fokuserer på valget af speciale samt respondenternes opfattelser af og holdninger til forskellige specialer.
- Et udredningsarbejde om speciallægeuddannelsen i psykiatri og den population af læger, der vælger den.
- En kvalitativ interviewrunde med målrettede læger under uddannelse til psykiatri.

I de følgende afsnit redegøres for designet af de fem undersøgelser, men ikke for resultaterne. Disse præsenteres i kapitlerne 4-9.

2.2.1 Forstudie

Der er som indledning til undersøgelsen blevet gennemført et forstudie, hvor en række forskellige nøgleaktører med forskellig viden om og perspektiv på valget af speciale og rekrutteringsproblemerne inden for psykiatrien, er blevet interviewet. I forstudiet er der som optakt til udarbejdelsen af spørgeskemaerne således foretaget interview og telefoninterview med syv ressourcepersoner inden for psykiatrien, tre yngre læger i uddannelsesstillinger inden for psykiatrien, fire yngre læger i uddannelsesstillinger inden for andre lægelige specialer, to cand.med.'er i turnus og to medicinstuderende. Der er ikke i denne rapport en selvstændig afrapportering fra forstudieinterviewene. Resultaterne herfra indgår dels som grundlag for udarbejdelsen af undersøgelsesdesignet, dels indgår de løbende i diskussionerne af analyseresultater.

2.2.2 Litteraturstudie

Sideløbende med forstudiet er der gennemført et litteraturstudie af såvel danske som internationale studier om lægers valg af speciale med fokus på

psykiatri. Desuden er erfaringer fra andre lande med rekrutteringsproblemer i psykiatrien blevet undersøgt. Anvendelse af litteraturstudiet beskrives i kapitel 3 (Anvendelse af Litteraturen om specialevalg).

2.2.3 Spørgeskemaundersøgelse blandt medicinstuderende og yngre læger

Der er blevet gennemført tre spørgeskemaundersøgelser blandt medicinstuderende og yngre læger. Disse undersøgelser har især fokuseret på specialevalget og de studerendes og de yngre lægers overvejelser i forbindelse med dette valg, psykiatriens image og de studerendes og de yngre lægers kontakt med specialet. Spørgeskemaundersøgelsen fokuserer på den første fase af specialevalget, hvor intentioner og præferencer dannes og stabiliseres. Det er de medicinstuderende og turnuskandidaterne, som er målgruppen for denne spørgeskemaundersøgelse om image, specialeønsker, intentioner, præferencer og foreløbige valg af speciale.

I disse faser stifter de lægestuderende og yngre læger bekendtskab med psykiatrien under studiet: De studerende er under forskellige studieordninger i de tre uddannelsesregioner i klinisk ophold i psykiatri, hvor de stifter direkte bekendtskab med psykiatrien. Men også FADL-vagter kan have påvirket deres syn på psykiatrien under studiet. Under turnus kan de yngre lægers viden og opfattelse af psykiatrien også ændres. Det kan ske såvel på baggrund af direkte erfaringer (eksempelvis som medicinske forvagter på tilsyn) som på baggrund af indirekte erfaringer (omtale af psykiatrien).

For at svare på hovedspørgsmålet: *hvornår og på hvilket grundlag de yngre læger og de medicinstuderende vælger eller fravælger psykiatri*, er der i spørgeskemaundersøgelserne foretaget en operationalisering via tre delspørgsmål:

1. **Specialevalget:** Hvilke konkrete præferencer har hhv. de studerende og de yngre læger? Hvilke specialer overvejes og hvilke fravælges? Hvor sikre føler de sig i dette valg? Hvornår er deres præferencer blevet dannet? Og hvad har påvirket dannelsen af præferencerne?
2. **Psykiatriens image:** Hvordan opfatter medicinstuderende og turnuskandidater psykiatrien sammenlignet med intern medicin, kirurgi og almen praksis? Dette undersøges i relation til 14 faktorer omhandlende prestige, faglige aspekter, uddannelsesmæssige aspekter, arbejdsforholdene samt patientarbejdet.
3. **Effekter af møder med psykiatrien:** Hvilken betydning har møderne med psykiatrien for studerende og de yngre læger og deres overvejelser om specialevalg. Hvordan påvirker det kliniske ophold under studiet de studerendes billede af og viden om psykiatrien?

Designet af spørgeskemaundersøgelsen indeholder tre målinger fordelt på to populationer. Nedenfor beskrives spørgeskemaerne kort. For en mere uddybende beskrivelse af baggrunden for selve spørgeskemaerne samt resultaterne, se appendiks B: Spørgeskemaundersøgelser.

Medicinstuderende: Der er foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt medicinstuderende henholdsvis umiddelbart før og efter det kliniske ophold i psykiatri. Formålet var at få svar på de tre hovedspørgsmål om image, specialevalg og effekter af mødet på dette tidspunkt i karrieren. Skemaet udsendt før klinikopholdet var langt det mest omfangsrige, og søgte svar på alle tre underspørgsmål. Skemaet efter klinikopholdet omhandlede specifikt dette, og søgte således at komme med uddybende data om effekterne af en bestemt form for møde med psykiatrien.

Denne undersøgelse blev udsendt til 305 medicinstuderende fordelt på de tre universiteter før klinikopholdet i psykiatri og til 230 studerende efter klinikopholdet. Efter-skemaet blev kun udsendt til den gruppe studerende, som havde besvaret før-skemaet, da formålet var at undersøge udviklingen i de studerendes holdning fra før til efter klinik. Svarprocenterne var 73 % for før-skemaet (n=222) og 70 % for efter-skemaet (n=160). De medicinstuderendes gennemsnitlige alder var i besvarelseserne 27 år. Kønfordelingen var 34 % mænd og 66 % kvinder. Blandt dem der havde besvaret både før og efter skemaet var kønfordelingen 36 % mænd og 64 % kvinder.

Da svarprocenterne er relativt høje, er der ikke gennemført en egentlig frafaldsanalyse. Det skal dog bemærkes, at der er forskelle i svarprocenterne på de tre universiteter, se appendiks B: Spørgeskemaundersøgelser. Det er sandsynligt, at forskellene i besvarelsesprocenterne de tre uddannelsessteder imellem hænger sammen med timingen af de sidste klinikopholdsrul og forskelle i anvendelsen af rykkerprocedurer. I København, der har den laveste besvarelsesprocent på efter-skemaet (59 %), er der således ikke udsendt en rykker nr. to.

Turnuskandidater: Den anden spørgeskemaundersøgelse fokuserer på de yngre læger, der netop har afsluttet turnus. Da der ikke er nogen central opgørelse af, hvornår turnusuddannelsen afsluttes, er gruppen af respondenter fundet blandt alle de turnuskandidater, der har indsendt ansøgning om tilladelse til selvstændigt virke. Dette gøres som regel umiddelbart efter afsluttet turnusuddannelse. Vi har således udsendt spørgeskemaer til de seneste 500 læger, der per 1. oktober 2005 havde indsendt en ansøgning om tilladelse til selvstændigt virke som læge til Sundhedsstyrelsen. Disse 500 fordeler sig fra 1. oktober tilbage til februar 2005. (For yderligere information om spørgeskemaundersøgelsen se appendiks B).

Blandt denne gruppe af yngre læger er der foretaget en undersøgelse, der er parallel til undersøgelsen blandt de medicinstuderende før klinikopholdet i psykiatri. Svarprocenten i denne undersøgelse var 74 % (n=348). Den gennemsnitlige alder blandt respondenterne var 32 år. Kønsfordelingen var 46 % mænd og 54 % kvinder.

Når der i denne undersøgelse spørges til specialevalget på dette tidspunkt i uddannelsesforløbet, vil nogle af respondenterne stadig være uafklarede og andre vil allerede være i en introduktionsstilling. Undersøgelsen afdækker også, hvilke specialer de sidstnævnte har valgt, og hvad deres bevæggrunde har været. Men det vil ikke være alle, som på dette stadie har foretaget et foreløbigt valg, altså et valg af introduktionsstilling.

Selvom de to delundersøgelser ikke foretages blandt den samme gruppe af respondenter, vil paralleliteten i opbygningen kunne bruges til at estimere:

1. Hvordan den eksisterende kontakt med psykiatrien påvirker hhv. de yngre læger og de studerende. Dermed kan denne undersøgelse især belyse omfanget, arten samt konsekvenserne af de to populationers nuværende kontakt med psykiatrien.
2. Hvilke faktorer der virker afskrækkende henholdsvis tillokkende ved psykiatrispecialet. Dermed skal undersøgelsen desuden belyse, hvilke opfattelser af psykiatri, der flourer i de to grupper, og hvordan billedet af psykiatri adskiller sig fra opfattelserne af andre specialegrupper.

2.2.4 Statistiske analyser af spørgeskemadata

Der er gennemført statistiske analyser af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen for at undersøge, om de forskelle, som beskrives, er statistisk signifikante ($\alpha=0,05$). Med mindre andet fremgår, vil de forskelle, der beskrives i analyserne, være statistisk signifikante. De statistiske analyser falder i to overordnede grupper. Den første gruppe omfatter analyser af den række af spørgsmål, hvor respondenterne har svaret på en skala fra ét til syv med en given skala om et givent emne. Et eksempel på denne spørgsmålstype er spørgsmålet om, hvordan uddannelsesmiljøet på en psykiatrisk afdeling opfattes på en syv-delt skala fra godt til dårligt.

Den anden gruppe omfatter analyser af proportionsforskelle, dvs. om to proportioner er signifikant forskellige. Det kan fx være om andelen af kvindelige studerende, der har fravalgt specialet psykiatri, er signifikant forskellig fra den tilsvarende andel hos mændene.

Der er i rapporten brugt procentangivelser for at relativere frekvensangivelser.

Analyse af data fra syv-delte skalaer: Der kan argumenteres for, at data fra de mange syv-delte skalaer er intervallskalerede. Det skyldes, at der alene er sat betegnelser på endepunkterne, fx 1=god og 7=dårlig, hvilket betyder at respondentens svar udelukkende må bero på egen fortolkning af afstanden til endepunkterne. Dermed er fx forskellen mellem svarene 3 og 4 svarerende til forskellen mellem svarene 5 og 6. Med dette udgangspunkt giver det mening at beregne gennemsnit på besvarelsene til de enkelte spørgsmål. Der er foretaget statistiske tests af forskellene i besvarelsene mellem grupper af respondenter og mellem forskellige spørgsmål. Af forsigtighedshensyn udnyttes de nævnte skalaegenskaber ikke, hvorfor de rapporterede signifikante forskelle er testet under antagelse kun om ordinalskala og derfor er udtryk for konservative estimer⁵.

Analyser af proportionsforskelle: Den traditionelle måde at analysere om proportionsforskelle er signifikante baserer sig på konfidensintervaller, som beregnes ud fra standardafvigelsen på proportionsforskellene og den værdi for standardnormalfordelingen, som hører til det valgte signifikansniveau. Imidlertid er der udviklet bedre metoder, som især reducerer den traditionelle metodes usikkerhed, når der er tale om små populationer (under 30 i hver gruppe) og meget store eller meget små andele (under 0,10 eller over 0,90). Disse tilfælde er meget få i nærværende datamateriale, men alligevel anvendes i alle tilfælde denne metode som anbefalet af Altman (Altman 2000:49). Metoden baserer sig på alternative konfidensgrænser for de to grupper. Ovennævnte metoder anvendes, når de to populationer er uafhængige. Dette er ikke altid tilfældet. Det gælder således fx for før-efter målinger⁶. I sådanne tilfælde anvendes tilsvarende metode for parrede data (Altman 2000).

2.2.5 Udredningsarbejde

Sideløbende med spørgeskemaundersøgelserne er der foretaget et udredningsarbejde, med det formål at kunne beskrive, hvad der kendetegner den gruppe af læger, som enten har taget eller som er under uddannelse i psykiatri. Formålet med udredningsarbejdet har været at få et indblik i, hvilken baggrund de læger har, der vælger psykiatri, samt at undersøge hvorvidt

⁵ Der anvendes en såkaldt "ordered probit" (Green 2003), hvilket betyder at alene rangordningen udnyttes. Det er en forudsætning for at benytte "ordered probit", at der er uafhængighed mellem de grupper, der måles på. Dette er ikke tilfældet i de sammenligninger, som er foretaget af udviklingen i de studerendes holdninger fra før til efter klinikopholdet. Her sammenlignes to målinger for den samme population. Det samme gør sig gældende, når svar på to spørgsmål inden for samme spørgeskema sammenlignes. Her opfyldes forudsætningen om uafhængighed heller ikke. Ideelt set bør der i en sådan situation anvendes en panel-data baseret "ordered probit". En sådan har dog ikke været tilgængelig i de sædvanlige standard statistik-programmer og der har ikke været ressourcer til at programmere den ideelle løsning. I stedet er anvendt den tilsvarende "ordered probit". Derfor anvendes tillige den ikke parametriske test "Wilcoxon matched pairs signed rank sum test" (Altman 1991). Data opfylder forudsætningerne for denne test, der dog ikke har den samme statistiske styrke, som "ordered probit". Hvor de to test ikke giver samme resultat, pointeres dette.

⁶ Som i foregående note: Når der kun er delvist personsammenfald mellem de to sammenlignede grupper forudsættes uafhængighed, som i dette tilfælde normalt giver mere konservative skøn for proportionsforskellens statistiske signifikans.

der var et frafald fra speciallægeuddannelsen i psykiatri. Udredningsarbejdet fokuserer således på den gruppe af læger, som har valgt at påbegynde en speciallægeuddannelse i psykiatri – enten ved at have gennemgået en introduktionsstilling eller ved at være i gang med et hoveduddannelsesforløb.

For at klargøre, hvad der karakteriserer de læger, der vælger psykiatri, har vi ved hjælp af samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Uddannelsesregion Nord, Uddannelsesregion Øst og Lægeforeningen foretaget et omfattende udredningsarbejde.

Konkret har udredningsarbejdet bestået i at foretage en række udtræk af registre, ansøgninger til hoveduddannelsesstillinger mv. Således har det været muligt at tegne et billede af alle de læger, som har påbegyndt en speciallægeuddannelse i psykiatri inden for de seneste 5-10 år, hvad angår baggrundsvariable som alder, kandidatalder, køn og uddannelsesland. Dette har sammen med andre former for opgørelser som fx point muliggjort en identifikation og beskrivelse af den gruppe, som har valgt specialet.

Undersøgelsen af frafaldet fra speciallægeuddannelsen tog sigte på at afklare, hvorvidt der var læger, der søgte væk fra specialet, enten under eller efter hoveduddannelsen. Denne del af udredningsarbejdet har været en udfordring i og med, at der ikke findes nogen systematisk registrering af frafald, hverken lokalt, regionalt eller nationalt.

På baggrund af udredningsarbejdet er der identificeret tre idealtyper blandt de læger, som vælger psykiatri, og disse benævnes de målrettede, de jævne og de langsomme.

2.2.6 Interviewundersøgelse blandt læger i psykiatriuddannelse

For at supplere spørgeskemaundersøgelserne og udredningsarbejdet, er der foretaget en interviewundersøgelse blandt yngre læger under speciallægeuddannelse i psykiatri.

Denne undersøgelse har fokuseret på lægernes overvejelser i forbindelse med valget af psykiatri, hvad de har opfattet som hhv. positivt og problematisk i forhold til specialet.

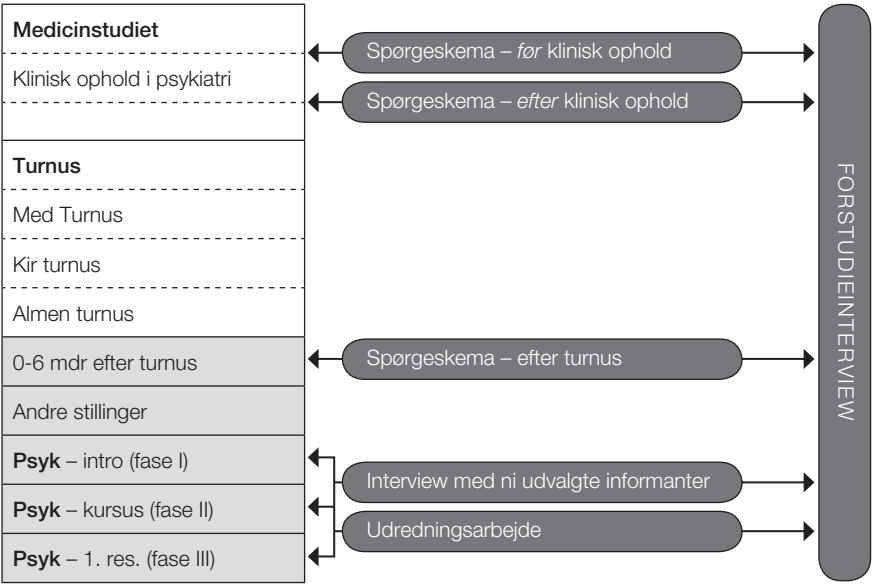
Der er gennemført ni semistrukturerede kvalitative interview af udvalgte informanter inden for den gruppe af målrettede, som udredningsarbejdet resulterede i. Interviewundersøgelsen er blandt andet anvendt til at perspektivere de resultater spørgeskemaundersøgelserne har givet. I interviewundersøgelsen har det også været vigtigt at få uddybet nogle af de emner, som kun i mindre grad har været berørt i spørgeskemaundersøgelserne, så som forhold omkring psykiatriens organisering og betydningen af rollemodeller samt vi-

kariaters betydning for valget af speciale. Det har derudover generelt været formålet at få viden om, hvad det er der tiltrækker – specielt de målrettede – til psykiatri.

2.3 Det samlede undersøgelsesdesign

Det samlede analysedesign består således af følgende delanalyser:

Figur 1: Oversigt over det samlede undersøgelsesdesign



3. Anvendelse af litteraturen om specialevalg

Der er foretaget en del internationale studier om lægers valg af speciale. Imidlertid er det centralt at forholde sig kritisk til denne litteratur, og følgelig til den måde hvorpå den med rimelighed kan anvendes i dette studie. I dette kapitel diskuteres derfor nogle af de generelle metodemæssige problemstillinger, der er forbundet med at benytte andre undersøgelser af lægers valg af speciale som vidensgrundlag i denne type af undersøgelse. Desuden diskuteres karakteren af den samlede litteratur på dette område. De resultater fra andre undersøgelser, som belyser emner i denne rapport, præsenteres løbende.

Et bredt overblik over de eksisterende studier kan fås via et tidligere litteraturstudie foretaget for perioden 1994-2004, som inkluderer 25 spørgeskemaundersøgelser foretaget i Europa (Soethout, ten Cate & van der Wal 2004), samt en betydelig større – men også ældre – gennemgang af litteraturen fra 1950-1995 der inkluderer 250 studier fra overvejende angelsaksiske lande (Dohn 1996). Ser man på disse to litteraturstudier tegner der sig flere generelle problemstillinger med hensyn til direkte anvendelighed, forstået som muligheden for at overføre resultater fra én undersøgelse til en anden.

3.1 Stor bredde – begrænset dybde

Et gennemgående problem ved flere af disse store kvantitative undersøgelser er for det første, at de opnår bredde på bekostning af dybde. Med andre ord: de når bredt ud, men kommer ofte ikke dybere end til fx at kunne konkludere at *“enthusiasm, self-appraisal of skills, human interest and domestic circumstances were the main factors associated with the choice of medical specialization”* (Soethout et al. 2004). Denne type konklusioner er så generelle, at der kun i meget begrænset omfang opnås ny brugbar viden om yngre lægers valg af speciale. Graden af præcision er for lav til, at der reelt set kan bygges videre på resultaterne af denne type studier. Til gengæld er denne type undersøgelser anvendt som inspiration til undersøgelsesdesignet, herunder både udformning af spørgeskemaer og interviewguides.

Et andet generelt problem er, at mange af disse studier har en tendens til at dekontekstualisere og isolere variable og resultater, hvilket er problematisk. Konstruerede variable som fx *“medical school”*, eller *“reasonable working hours and part time jobs”* kan ikke isoleres og sammenlignes på tværs af konkrete studieordninger, arbejdstidsbestemmelser og nationalkulturer (herunder fx forhold i relation til arbejdsliv, familieliv og børnepasning). At tillægge “fund” fra denne type internationale studier afgørende betydning uden indgå-

ende og detaljeret kendskab til den konkrete og specifikke arbejdsmæssige, kulturelle og uddannelsesmæssige kontekst, kan ikke forsvares.

3.2 Metaanalysernes problem

Der er foretaget flere typer af forsøg på at fusionere den substantielle mængde af forskning, der er foretaget inden for området via såkaldte meta-analyser, der søger at omkalfatre uafhængige studiers resultater til fælles kategorier, variable og standarder. Metoden er grundlæggende set naturvidenskabelig, og anvendes inden for medicinsk forskning. Men forskning i medicinernes valg af speciale er ikke det samme som medicinsk forskning. Det er forskning i menneskelig adfærd lokaliseret i tid og rum, i kultur og kontekst. Således er der tale om samfundsvidenskab og ikke naturvidenskab. Forsøg på at opnå større præcision og objektivitet via denne metode inden for netop dette område rummer flere problemer, hvoraf det vigtigste er, at fænomenet (lægers valg af speciale) er indlejret i tid og rum. Metaanalyserne respekterer ikke dette, og den dekontekstualisering, som foretages, betyder i praksis tab af præcision og validitet. Som Dohn gør opmærksom på i den tidligere nævnte litteraturgennemgang af 250 studier om lægers valg af speciale, så er det problematisk at sammenblande data indsamlet over lang tid, samt at foretage den yderligere dekontekstualisering som meta-analysers omkalfatring nødvendigvis betyder:

“The meta-analytical approach in particular disregards the idea that choice in its very nature is contextual, and that specific time, place and mode constitute integral components of choice (...) There must be doubt about the validity of combining data collected during more than four decades under different conditions”.

(Dohn 1996)

Eller sagt med andre ord: Hvor besnærende tanken om at flere data giver mere præcision og sikkerhed end måtte være, så forholder det sig desværre sådan, at man ikke kan skabe sikkerhed ved at addere usikkerheder.

3.3 Forskningen former resultatet

Et andet problem relateret til anvendelsen af litteraturen er indbygget i selve undersøgelsesværktøjet: Enhver enqueteundersøgelse former selvfølgelig svarmulighederne, og disse kan aldrig grundlæggende set udfordres af empirien⁷. Dette kan synes banalt, men er ikke desto mindre ganske afgørende.

⁷ For retfærdighedens skyld skal det påpeges, at dette problem ikke begrænser sig til enqueteundersøgelser alene, men er en helt grundlæggende epistemologisk udfordring for videnskaberne, som bør fordr en vis forsigtighed og ydmyghed. Dog former det lukkede spørgeskema sine resultater betydeligt mere, end det åbne interview. Til gengæld giver interview ikke samme muligheder for at opnå bredde.

Dohn's gennemgang af 250 studier foretaget mellem 1950 og 1994 viser at forskningen i lægers valg af speciale over denne periode både har været omfattende, men også at den generelt set har ændret retning og karakter. Han inddeler forskningen i følgende tre overordnede og brede kategorier, der præger de forskellige perioder:

1950-70: Vægt på baggrunds faktorer (køn, civilstand, forældrenes stilling), og personligheds faktorer.

1970-85: Vægt på faktorer i forbindelse med uddannelsessystemet.

1985-95: Vægt på karrierefaktorer (forfremmelse, prestige, løn), og arbejdsbetingelse (ansættelsesforhold, faste overfor variable arbejdstider) (Dohn 1994).

I relation til denne rapport, er det derfor vigtigt for det første at gøre sig klart, at den viden vi har fra litteraturstudiet, i høj grad er et produkt af spørgeskemaundersøgelser. De opnår stor bredde, men via opbygningen og de stillede spørgsmål vil de altid forme og præge de svarmuligheder, som kan gives. For det andet har de tilgængelige studier en tendens til inden for bestemte perioder at interessere sig mere for nogle temaer, end for andre, og følgelig tillægges disse temaer forskellig vægt over tid. De temaer og generelle træk, som lukkede spørgeskemaundersøgelser og enqueter kommer frem til, vil således være produkter af forskernes erkendelsesinteresser, som igen er præget af generelle samfundsmæssige (og forskningsmæssige) strømninger og interessefelter.

3.4 Anvendelsen af tidligere undersøgelser af lægers specialevalg

Konsekvensen af ovenstående forbehold er, at den internationale forskning er anvendt meget selektivt og bevidst i den undersøgelse, som afrapporteres her. I langt de fleste tilfælde er resultaterne fra andre undersøgelser anvendt som inspirerende teser i forbindelse med udarbejdelsen af designet af de tre typer empiriske analyser. Desuden anvendes resultater også direkte i rapporten for at underbygge eller begrunde argumenter og valg af perspektiver. Studiernes konklusioner anvendes således ikke som eksakt viden, der mere eller mindre automatisk kan overføres til en dansk kontekst anno 2005.

Anderledes forholder det sig selvfølgelig med de empiriske undersøgelser som er danske og af nyere dato, idet disse forholder sig til omtrent samme population – yngre læger og medicinstuderende i Danmark inden for de seneste år. Dette drejer sig primært om Yngre Lægers enqueter blandt medlemmerne, men også om mindre undersøgelser inden for psykiatrien foreta-

get af Fraktionen af Yngre Psykiatere (FYP) og af A. Aggernæs. Resultaterne herfra anvendes mere direkte.

De mange forbehold for direkte anvendelse af internationale studier til trods, tegner der sig imidlertid et antal generelle pointer, som er relativt konsistente på tværs af tid og sted. Disse udfoldes mere nuanceret og detaljeret på relevante steder i rapporten, men kan kort sammenfattes som værende følgende:

- **Psykiatriens image: Et 'anderledes' speciale.** Megen forskning peger på, at yngre læger og medicinstuderende i langt overvejende grad er præget af det somatiske billede af lægefaget, hvilket betyder, at psykiatrien – dens problemstillinger, patienter, diagnose- og behandlingsmetoder samt lægerollen – fremstår som anderledes og fremmed i varierende omfang. Denne litteratur har givet inspiration til spørgeskemaets undersøgelse af opfattelsen af specialerne med særligt fokus på psykiatri.
- **Rekruttering til psykiatrien:** Et problem. Delvist som konsekvens af ovenstående, har der i mange vestlige lande været rekrutteringsproblemer inden for psykiatrien, som man har søgt at løse på forskellig vis i de forskellige nationale systemer.
- **Andelen, der vælger psykiatri:** 3-4 % af en årgang. Der er begrænset variation over tid og sted med hensyn til hvor stor en del af lægepopulationen, som vælger et psykiatrisk speciale, og således er der en vis konsistens, der indikerer et niveau omkring 3-4 % af en årgang (dog med afvigelser fra 2 % og helt oppe på 5 %). Det er ikke muligt at afgøre, i hvor høj grad dette er en konsekvens af udbuddet af stillinger.
- **Interessen for psykiatri stiger både under og efter medicinstudiet⁸.** En anden generel pointe om valget af psykiatri er, at der på tværs af forskningen er en tendens til, at interessen for psykiatri stiger med tiden. Denne konklusion er konsistent på tværs af studier der sammenligner præferencer før studiestart med præferencer efter tre år, eller præferencer i løbet af det første år med præferencer et år efter candidateksamen, eller om der sammenlignes med faktiske valg tre år efter candidateksamen. De absolute tal varierer med hensyn til udgangspunktet for stigningen, graden af stigning, osv. Men den generelle konklusion på tværs af studierne er, at interessen for psykiatri stiger. Dette betyder, at målinger af præferencer blandt yngre læger og studerende ikke automatisk kan sidestilles, idet vi nu ved, at vi må forvente en vis stigning i interessen. Hvor stor denne kan forventes at være, kan litteraturen derimod ikke sige noget om. Dette for-

⁸ I USA viser et studie, at 2,4 % af årgangene 1991 og 1992 var interesserede i en karriere i psykiatri ved studiestart, mens 4,2 % af de to årgange sammenlagt endte med at vælge psykiatri (residency). (Weissman, Haynes, Killian & Robinowitz 1994). Et stort engelsk litteraturstudie peger på samme generelle konklusion: "The number of psychiatric trainees has always been higher than expected from the career plan of newly qualified doctors. (Brockington et al. 2002). En kortlægning på otte årgange fra 1974 – 2000 af 1. og 3. års kandidaters førsteprioritet mht. specialevalg viser også en stigning fra år 1 til 3 (Goldacre et al. 2005).

hold har spillet ind på de analyser af interessen for psykiatri, som er gennemført i de to populationer. Og det leder også til en vis forsigtighed med hensyn til fortolkningen af andre målinger af interessen for psykiatri blandt yngre læger. Det ville dog kræve longitudinelle studier af situationen i Danmark at estimere, hvor stor en stigning i interessen, der kan forventes.

- **Valg af speciale er en proces.** Litteraturen viser – helt som forventet – at valg af speciale foretages som en gradvis proces, hvor præferencer dannes, og trods ændringer gradvist stabiliseres over tid. Der er ikke noget konsistent billede af, at hverken til- eller fravalg af psykiatri generelt er foretaget meget tidligt, eller at det kun er den gruppe, som er interesseret ved studiestart, som ender med at vælge psykiatri. Denne opfattelse af valget af speciale som en gradvis proces har influeret den definition og operationalisering af specialevalget, som er anvendt i denne undersøgelse, hvor specialevalget inddeles i fem faser.

4. Speciallægeuddannelsen i psykiatri: tilvalg, revalg og frafald

I dette kapitel præsenteres resultaterne af udredningen. Fokus for udredningsarbejdet har været den gruppe læger, som har foretaget tilvalg af psykiatri i fase to til fem jf. vores definition af valg af speciale (se side 7), altså enten i form af en introduktionsstilling eller et hoveduddannelsesforløb.

Der har været en række formål med at foretage et udredningsarbejde, der kan beskrive denne gruppe: For det første har det været et formål i sig selv at undersøge, hvad der kendetegner den population, som tiltrækkes psykiatrispecialet på nogle helt generelle baggrundsfaktorer som køn, alder og kandidatalder og uddannelsesland. Hvis gruppen, der tiltrækkes af psykiatrispecialet, adskiller sig væsentligt fra andre læger, kan det være relevant i forhold til de strategier, der anbefales til at fremme rekrutteringen af psykiatere. Resultaterne fra denne analyse vil blive præsenteret i afsnittet om: "Hvad kendetegner psykiatere og kommende psykiatere?".

Et af de første resultater af analysen af psykiatergruppen var, at de har en meget høj alder og kandidatalder. Udredningsarbejdet fik derfor også til hensigt at undersøge, hvad baggrunden for dette er. Viden om baggrunden for den høje alder og kandidatalder er en forudsætning for at kunne undersøge, om det er muligt at påvirke alderen i nedadgående retning. Resultaterne fra denne analyse beskrives i afsnittet om "Hvad har psykiaterne foretaget sig mellem turnus og speciallægeuddannelse?".

For det tredje skulle udredningsarbejdet undersøge, om der sker et nævneværdigt frafald fra psykiatriuddannelsen, både i forbindelse med introduktions- og hoveduddannelsesforløbet. I tilfælde af, at der her kan findes et større frafald, vil det være relevant at undersøge mulighederne for at begrænse dette frafald, som en strategi til at øge andelen af færdige psykiatere. Frafaldsanalysen præsenteres i afsnittet om "Frafald fra speciallægeuddannelsen i psykiatri".

Et fjerde formål var at finde frem til en typologi, der kunne beskrive de forskellige forløb, psykiaterne gennemgår frem til speciallægeanerkendelsen. Denne beskrivelse har været udgangspunktet for den strategiske udvælgelse af interviewpersoner til interviewundersøgelsen. På denne måde har vi kunnet fokusere interviewundersøgelsen på personer, som er attraktive for specialet. Vi vil gøre rede for de tre grupper, som vi har identificeret og lagt til grund for interviewudvælgelsen i afsnittet "De målrettede, de jævne og de langsomme".

Endelig har det været et formål med udredningen at kortlægge eventuelle regionale forskelle i rekrutteringen, så det er muligt at tage højde for disse i de konklusioner og anbefalinger, rapporten når frem til. Den regionale dimension beskrives i afsnittet om "Forskelle i rekrutteringen".

4.1 Hvad kendetegner psykiatere og kommende psykiatere?

I det følgende vil vi beskrive gruppen af læger under uddannelse til psykiatere samt gruppen af speciallæger i psykiatri med hensyn til baggrundsvariable som køn, alder, kandidatalder⁹ og uddannelsesland.

Tabellen på side 40, som er udarbejdet med udgangspunkt i tal fra Sundhedsstyrelsens lægeprognose fra 2003, giver et generelt overblik. Den viser specialernes størrelse, den gennemsnitlige alder og kandidatalder ved starten af speciallægeuddannelsen og den kønsmæssige fordeling i en lang række lægelige specialer¹⁰.

Tabellen viser, at lægerne både er relativt gamle, når de begynder uddannelsen i psykiatri, og at de har en meget høj kandidatalder, samt at der er en højere andel af kvinder end mænd i psykiatrien. Desuden kan det ses af tabellen, at psykiatri er det fjerde største speciale i Danmark målt på antallet af læger, som er under uddannelse i specialet, kun overgået af kirurgi, intern og almen medicin¹¹.

Gennemgangen i de følgende afsnit vil basere sig på talmateriale, som er udarbejdet af Videreuddannelsessekretariatet i Region Nord samt af Sundhedsstyrelsen. (Vær opmærksom på at talmaterialet i det følgende er baseret på perioden 1998-2003 og er eksklusiv almen medicin, mens tallene i ovenstående tabel omhandler perioden 1998-2001 og er inklusiv almen praksis. Når vi henviser til 'samtlige speciallægeuddannelser' i det følgende er det således eksklusiv almen medicin).

⁹ Med kandidatalder menes den alder, som lægens kandidatuddannelse har på tidspunktet for optagelse på speciallægeuddannelsens hoveduddannelsesforløb. Det vil sige tiden fra afsluttet kandidatuddannelse til påbegyndt hoveduddannelse.

¹⁰ Som noget særligt indeholder nedenstående tabel almen medicin. Da almen medicin organiseres på amtsbasis, findes der normalt ikke en central registrering for ansættelserne inden for dette speciale. I forbindelse med lægeprognosens udarbejdelse blev der dog foretaget en særlig opgørelse, som derfor indgår her.

¹¹ Som det fremgår af appendiks A, s.127, er psykiatri det 5. største speciale mht. antallet af speciallæger, idet der udover de tre specialer, som også mht. uddannelseskapacitet er større end psykiatrien, også er flere anæstesiologer end psykiatere.

Tabel 2. Ansatte i undervisningsstilling og/eller speciallægeblokstilling 1998-2001.

Sorteret efter antal ansatte		Sorteret efter den gennemsnitlige kandidatalder (år siden cand.med.)		Sorteret efter gennemsnitlig alder for de ansatte		Sorteret efter kønsfordeling i %		
							M	K
1. Almen-medicin	796	1. Arbejdsmedicin	13,9	1. Arbejdsmedicin	42,7	1. Ortopædkirurgi	86,4	13,6
2. Intern-medicin	275	2. Samfundsmedicin	13,2	2. Samfundsmedicin	41,9	2. Klinisk-mikrobiologi	71,4	28,6
3. Kirurgi	137	3. Psykiatri	11,3	3. Psykiatri	41,8	3. Klinisk-immunologi	70,0	30,0
4. Psykiatri	126	4. Klinisk-biokemi	10,7	4. Klinisk-fysiologi	39,9	4. Oto-rhino-laryngologi	69,2	30,8
5. Ortopædkirurgi	110	5. Klinisk-mikrobiologi	10,6	5. Gynækologi	38,0	5. Kirurgi	60,6	39,4
6. Anæstesiologi	108	6. Klinisk-fysiologi	9,9	6. Klinisk-biokemi	37,9	6. Intern-medicin	57,1	42,9
7. Gynækologi	75	7. Intern-medicin	9,8	7. Klinisk-mikrobiologi	37,9	7. Neurokirurgi	57,1	42,9
8. Diagnostisk-radiologi	73	8. Gynækologi	9,8	8. Intern-medicin	37,8	8. Anæstesiologi	56,5	43,5
9. Pædiatri	70	9. Ortopædkirurgi	9,4	9. Ortopædkirurgi	37,7	9. Neurologi	51,3	48,7
10. Neurologi	39	10. Onkologi	9,3	10. Diagnostisk-radiologi	37,3	10. Diagnostisk-radiologi	50,7	49,3
11. Børnepsykiatri	36	11. Neurologi	8,9	11. Klinisk-genetik	37,3	11. Oftalmologi	47,1	52,9
12. Oftalmologi	34	12. Pædiatri	8,7	12. Pædiatri	37,0	12. Arbejdsmedicin	45,5	55,5
13. Oto-rhino-laryngologi	26	13. Diagn. radiologi	8,5	13. Patologisk-anatomi	36,6	13. Dermatologi	41,2	58,8
14. Samfundsmedicin	26	14. Patologisk-anatomi	8,7	14. Neurologi	36,6	14. Klinisk-fysiologi	42,9	57,1
15. Onkologi	18	15. Dermatologi	8,5	15. Børnepsykiatri	36,6	15. Klinisk-biokemi	40,0	60,0
16. Dermatologi	17	16. Kirurgi	7,9	16. Klinisk-immunologi	36,6	16. Patologisk-anatomi	40,0	60,0
17. Klinisk-biokemi	15	17. Børnepsykiatri	7,4	17. Onkologi	36,1	17. Psykiatri	39,7	60,3
18. Patologisk-anatomi	15	18. Anæstesiologi	7,5	18. Kirurgi	36,4	18. Almen-medicin	40,0	60,0
19. Klinisk-mikrobiologi	14	19. Klinisk-genetik	7,3	19. Anæstesiologi	35,9	19. Onkologi	38,9	61,1
20. Arbejdsmedicin	11	20. Klinisk-immunologi	6,9	20. Dermatologi	35,6	20. Samfundsmedicin	38,5	61,5
21. Klinisk-immunologi	10	21. Oto-rhino-laryngologi	6,8	21. Oto-rhino-laryngologi	35,2	21. Pædiatri	28,6	71,4
22. Klinisk-fysiologi	7	22. Neurokirurgi	5,1	22. Almen-medicin	33,5	22. Gynækologi	21,3	78,7
23. Neurokirurgi	7	23. Oftalmologi	5,8	23. Neurokirurgi	33,6	23. Klinisk-genetik	25,0	75,0
24. Klinisk-genetik	4	24. Almen-medicin	3,7	24. Oftalmologi	33,4	24. Børnepsykiatri	13,9	86,1
25. Alle	2049	25. Alle	7,0	25. Alle	36,1	25. Alle	43,3	56,6

Kilde: Register over ansøgere til og ansatte i undervisningsstillinger og blokstillinger. Tabellen er oprindeligt publiceret i Lægeprognosen (Sundhedsstyrelsen 2003b).

4.1.1 Køn

For psykiatere i hoveduddannelsesforløb i perioden fra 1998-2003 er kønsfordelingen 61,5 % kvinder mod 38,5 % mænd. Til sammenligning er den samlede kønsfordeling af læger i alle hoveduddannelsesforløb 48 % kvinder og 52 % mænd. Psykiatri er dermed et af de specialer, som har en overvægt af kvinder i uddannelsesstillingerne. Det er dog ikke en markant overrepræsentation af kvinder, og der er en del specialer, som har en langt mere ujævn kønsfordeling end voksenpsykiatri. I børne- og ungdomspsykiatrien er andelen af kvinder oppe på 81 %¹².

Ser vi på kønsfordelingen blandt de psykiatere, som fik speciallægeanerkendelse i årene 2001-2005, så er kønsfordelingen mere jævn. Her var 47 % mænd mod 54 % blandt alle speciallægeanerkendelser, mens andelen af kvinder var 53 % blandt psykiaterne mod 46 % i den samlede population. Altså igen en mindre overrepræsentation af kvinder i forhold til den samlede gruppe.

4.1.2 Alder

Kendetegnende for psykiaterne er, at de er relativt gamle, når de begynder deres hoveduddannelse. Således er gennemsnitsalderen for de psykiatere, der er påbegyndt deres hoveduddannelse i perioden 1998-2003, 41,8 år¹³, mens den til sammenligning er 37,5 år for alle specialerne. Dette tal dækker dog over, at ca. en tredjedel af de optagne er under 37 år, og mere end 60 % af de optagne, er yngre end gennemsnittet på de 41,8 år. Der er således en gruppe på 16 %, der er over 50 år, og som trækker gennemsnittet op.

Tabel 3. Alder på optagelsestidspunktet for læger i hoveduddannelse i psykiatri i 1998-2003 inddelt i fem-års intervaller.

Alder	Antal	% af total	Kumulativ %
30-34	20	11,8	11,8
35-39	51	30,2	42,0
40-44	44	26,0	68,0
45-49	27	16,0	84,0
50-54	19	11,3	95,3
55-59	8	4,7	100,1
Total	169	100,0	100,0

Hvis vi ser på alderen for de psykiatere, der har afsluttet deres uddannelse i perioden 2001-2005, så svinger deres gennemsnitsalder fra 44,7 år til 46,9 år. Til sammenligning svinger den gennemsnitlige alder for alle specialerne mellem 41 og 42,4. Så både for psykiaterne under uddannelse og for de fær-

¹² Et tal der kun slås af ortopædisk kirurgi, hvor andelen af mænd er helt oppe på 87 %.

¹³ I andet halvår af 2005 var den gennemsnitlige alder faldet til 40,5 år. (Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst 2005).

diguddannede psykiatere gælder det, at de er ca. fire år ældre end gennemsnittet for alle speciallæger, når de påbegynder deres hoveduddannelse.

4.1.3 Kandidatalder ved påbegyndelse af psykiatrispecialet

Den høje alder blandt de psykiatristerende og færdiguddannede psykiatere giver sig også udslag i en høj kandidatalder. Således var den gennemsnitlige kandidatalder for de læger, der påbegyndte en speciallægeuddannelse i psykiatri i perioden 1998-2003 11,4 år¹⁴, mens den for alle specialeuddannelserne var 8,7 år. Igen dækker tallene dog over en del udsving. Således var det over en tredjedel af de optagne (37,2 %), som havde en kandidatalder på under otte år. Mens næsten 10 % af de optagne havde en kandidatalder på over 24 år.

Tabel 4. Kandidatalder for optagne på hoveduddannelse i psykiatri i 1998-2003 inddelt i tre-års intervaller.

Kandidatalder	Antal	% af total	Kumulativ %
3-5	28	17,1	17,1
6-8	33	20,1	37,2
9-11	31	18,9	56,1
12-14	25	15,2	71,3
15-17	15	9,1	80,4
18-20	13	7,9	88,3
21-23	3	1,9	90,2
24-26	10	6,1	96,3
27-29	4	2,5	98,8
30-32	1	0,6	99,4
33-35	1	0,6	100
Total	164¹⁵	100,0	100,0

Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst har foretaget en kortlægning af yngre lægers vej gennem speciallægeuddannelsen for blandt andet psykiatri, baseret på gruppen af læger, som søgte optagelse på hoveduddannelsen i 2. halvår af 2005 (Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst 2005), hvilket var 25 personer. Kortlægningen viser ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem køn og alder. Men af de 25 var 15 kvinder og 10 var mænd og mændene havde gennemsnitlig både en alder og en kandidatalder, der lå 6,5 år højere end gennemsnittet for kvinderne. Dette er en markant forskel, især når det påtænkes, at kvinderne med ret

¹⁴ I andet halvår af 2005 var den gennemsnitlige kandidatalder 9,8 år. (Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst 2005).

¹⁵ Der er kun oplyst kandidatalder for 164 ud af 169, hvilket forklarer forskellen i totalen mellem tabel 3 og tabel 4.

så stor sandsynlighed undervejs har brugt længere tid på barselsorlov end mændene¹⁶.

4.1.4 Uddannelsesland

Andelen af udenlandske læger i Danmark er relativt stor. Da denne gruppe har en noget mere sammensat baggrund end danske læger, er det relevant at undersøge denne gruppe, i fald den udgør en markant del af lægerne inden for specialet.

I perioden 1998-2003 var andelen af udenlandske læger blandt de læger, der blev godkendt til en speciallægeuddannelse 13 %. Inden for psykiatri var andelen 9 %. Andelen af udenlandske læger inden for psykiatrien er således lavere end den gennemsnitlige andel for alle speciallæger. Til sammenligning er andelen af udenlandske læger på neurologi, onkologi og kirurgi omkring 18-19 %.

Sundhedsstyrelsen fører statistik over, hvilke lande psykiatere og andre læger har fået deres uddannelse i. Heraf fremgår det, at der i perioden 1985-2005 var 711 ud af 773 psykiatere, der havde fået deres uddannelse i Danmark, og således er det kun 8 % der i denne periode har fået deres uddannelse uden for Danmark¹⁷. Da denne andel er relativt lille, er der ikke gennemført yderligere undersøgelser af gruppen af udenlandske læger.

4.2 Hvad har psykiaterne foretaget sig mellem turnus og speciallægeuddannelse?

Da psykiaterne, som vist ovenfor, gennemsnitligt er længere om at komme fra kandidatuddannelse til hoveduddannelse, er det relevant at undersøge, hvad denne ekstra tid bliver brugt til. Her stødte udredningsarbejdet dog på det problem, at der ikke findes systematiske registreringer, der kan beskrive dette. I det følgende er formålet at tegne et billede af, hvad lægerne foretager sig i denne mellemliggende periode, ud fra de data der har været tilgængelige. Der findes i dag ikke noget samlet register over, hvilken baggrund de læger, som tildeles stillingerne, har, eller om de følger de planlagte forløb. Det har heller ikke været muligt at skaffe denne viden på anden vis. Derimod har Uddannelsesregion Nord udleveret opgørelser over point samt alder og kandidatalder for ansøgerne til hoveduddannelse i årene 1998-2003 for hele landet, samt deltagere på I-kursus i psykiatri for 1997-2004 i Region Nord. Desuden er der i Region Øst foretaget en kortlægning af de 25 kandidater til

¹⁶ Det fremgår af kortlægningen, at der har været seks tilfælde af barselsorlov eller anden orlov blandt kvinderne i perioden under deres turnusuddannelse frem til ansøgning om hoveduddannelsesforløb. Det tilsvarende tal blandt mændene er ét tilfælde af en orlov. Det fremgår ikke, hvor mange kvinder (eller mænd) der har været på barsel under deres studie og hvor mange gange.

¹⁷ Af de 62 resterende psykiatere har de 52 fået deres uddannelse i henholdsvis: Sverige (14), Norge (10), Tyskland (7), Polen (5), Italien (4), Island (3), Rusland (3), Schweiz (2), eks Jugoslavien (2) og Belgien (2).

hoveduddannelsesforløbet i 2. halvår af 2005 (Sekretariatet for Lægelig Vide-reuddannelse i Region Øst 2005). Følgende er baseret på disse kilder.

4.2.1 Indsamling af point

Ved at se på det antal point lægerne har ved optagelse på et hoveduddannelsesforløb i psykiatri, kan vi få et fingerpeg om, hvilke typer af aktiviteter ansøgerne har haft før dette tidspunkt. Følgende kriterier for tildelingen af point anvendes i vurderings- og ansættelsesudvalget i forbindelse med ansættelse af læger i hoveduddannelsesforløb¹⁸:

1. kriterium: Klinisk uddannelse uden for det pågældende speciale (max to point)
2. kriterium: Klinisk uddannelse inden for det pågældende speciale (max to point)
3. kriterium: Teoretisk uddannelse/relevante kurser inden for det pågældende speciale (max et point)
4. kriterium: Organisatorisk/administrativt arbejde (max et point)
5. kriterium: Videnskabelig aktivitet (max seks point)
6. kriterium: Pædagogiske kvalifikationer (max to point)
7. kriterium: Det specialespecifikke kriterium: Psykiatri: psykoterapikurser/psyko-terapeutisk uddannelse (max tre point).

Hvis vi ser på det samlede antal point, som de læger der blev optaget i et hoveduddannelsesforløb i psykiatri i perioden 1998-2003 har, så ligger det på gennemsnitligt 5,62 point. Til sammenligning er gennemsnittet for alle læger optaget på alle specialer samlet i denne periode 7,03. Således har de læger, som søger optagelse på en hoveduddannelse i psykiatri, gennemsnitligt 1,41 point færre end gennemsnittet for alle speciallægeuddannelserne.

I relation til kriterium 1, *klinisk uddannelse uden for specialet efter turnus*, har de kommende psykiatere gennemsnitligt 1,44 point. Dette er noget højere end gennemsnittet for alle specialer på 1,06.

I relation til kriterium 2, *klinisk uddannelse inden for specialet*, har psykiaterne gennemsnitligt 1,14 point. Dette ligger tæt på gennemsnittet for alle specialer, der er 1,19. Sammen giver kriterierne et og to en pointsum på 2,58. Denne sum bør kunne opnås på gennemsnitligt lidt over 1½ år.

I relation til kriterium 3, *kurser inden for specialet*, har de kommende psykiatere gennemsnitligt 0,85 point. Gennemsnittet for alle specialer er 0,90.

I relation til kriterium 4, *organisatorisk og administrativt arbejde*, der eksempelvis omhandler formandskab for reservelægeråd, medlemskab af bestyrel-

¹⁸ De her listede kriterier var gældende indtil februar 2005, og stammer fra: (Sundhedsstyrelsen 1. kontor. 2001). I dag er kriterierne: 1) Medicinsk ekspert, 2) Kommunikator, 3) Sundhedsfremmer, 4) Samarbejder, 5) Leder/administrator, 6) Akademiker og 7) Professionel. (Sundhedsstyrelsen 2005).

sen for lægepolitiske organer eller tillidshverv inden for videnskabelige selskaber¹⁹, har de kommende psykiatere gennemsnitligt 0,57 point. Gennemsnittet for alle specialer er 0,94 og dermed noget højere.

Kriterium fem omhandler *videnskabelig aktivitet*. Det kan give helt op til seks point, hvis man skriver en disputats. Ét point kan eksempelvis opnås som førsteforfatter eller foredragsholder i kasuistik eller ved at holde et foredrag i et videnskabeligt selskab. Inden for kriterium fem ligger psykiaterne helt i bund. Med blot gennemsnitligt 0,82 point er de kommende psykiatere suverænt den gruppe, som har forsket mindst. Gennemsnittet for alle specialer er 1,84. En anden indikator for, at psykiaterne ikke bruger deres tid på forskning, er, at det blot er 3,6 % af dem, som optages på hoveduddannelsesforløbet i psykiatri, som har gennemført et ph.d.-forløb. Gennemsnittet for alle specialer er 15,4 % (perioden 1998-2003).

I relation til kriterium 6, der omhandler *konfrontationsundervisning og pædagogiske kurser*, ligger de kommende psykiatere gennemsnitlig på 0,57 point. Dette er noget lavere end gennemsnittet for alle specialer, der er 0,94.

I relation til kriterium 7, der omhandler *specialespecifikke aktiviteter*, ligger de kommende psykiatere gennemsnitlig på 0,52 point. Dette er igen lavere end gennemsnittet for alle specialer, der er 0,78.

Denne gennemgang af point giver en ide om, hvordan og hvor de kommende psykiatere kvalificerer sig til en hoveduddannelsesstilling set i forhold til gennemsnittet blandt alle læger. Det eneste sted de kommende psykiatere ligger lidt højere end gennemsnittet er klinisk uddannelse uden for specialet. Gennemgangen giver således ikke noget svar på, hvorfor psykiaterne er længere om at nå frem til hoveduddannelsen. Tværtimod burde psykiaterne ifølge disse tal kunne gå hurtigere i gang med deres hoveduddannelse og antallet af point rummer således ikke nogen forklaring på psykiaternes høje alder og kandidatalder. Til gengæld viser pointtallene, at psykiaterne ikke bruger tiden på at forske eller på at forberede sig på psykiatri gennem kurser eller anden specialespecifik aktivitet.

4.2.2 Vejen fra turnus til introduktionsstilling

Ud over den indikation, der ligger i de indsamlede point, findes der som nævnt ingen systematiske opgørelser over, hvad lægerne foretager sig, før de påbegynder en speciallægeuddannelse i psykiatri. Via den tidligere nævnte kortlægning foretaget af Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst er det dog muligt at få nogen indsigt i dette spørgsmål. Af kortlægningen fremgik det, at ud af de 25 læger, der søgte hoveduddannelsesstilling i

¹⁹ Som yderligere eksempler på aktiviteter, som kan give point inden for dette kriterium, kan nævnes tilidsmandsarbejde, ansættelser i sygehusadministration, forvaltninger, centraladministration og arbejde i humanitære organisationer.

psykiatri i 2. halvår af 2005, var det kun 20 %, som var gået direkte fra deres turnusuddannelse til en introduktionsstilling. Knap halvdelen (48 %) havde haft en eller flere kliniske ansættelser inden for psykiatrien, før de påbegyndte introduktionsstillingen i psykiatri, mens 60 % havde haft kliniske ansættelser inden for andre specialer. 20 % havde i perioden mellem turnus og påbegyndt introduktionsstilling en forskningsstilling og 12 % var på barselsorlov eller anden orlov²⁰.

Da talmaterialet her er begrænset, må der konkluderes med varsomhed. Men på baggrund af disse tal, er der op mod 20 %, der er meget målrettede og går direkte fra turnus til en introduktionsstilling i psykiatri²¹. Knap halvdelen har arbejdet i psykiatrien, før de søger en introduktionsstilling. Blandt disse vil det være sandsynligt, at en del blot har haft et eller flere korterevarende vikariater i psykiatrien og derfor stadig relativt målrettet går i gang med en speciallægeuddannelse i psykiatri²². De 20 % der har haft en forskningsstilling kan også have haft den inden for psykiatrien eller inden for en beslægtet del af neurologien. Tilbage står dog, at 60 % har haft stillinger inden for andre specialer. Det vil sige, at der er en relativt stor andel, der har megen erfaring fra andre specialer, før de søger ind i uddannelsesstillinger i psykiatrien²³. Således indikerer denne undersøgelse, at en del af forklaringen på den høje alder og kandidatalder blandt psykiaterne er, at en stor andel af de læger, som søger ind i psykiatri, har en meget lang erfaring fra forskellige ansættelser inden for andre specialer. Undersøgelsen indikerer også, at en vis andel af de læger, som søger ind på psykiatriuddannelsen, går målrettet efter en speciallægeuddannelse i psykiatri efter endt turnusforløb.

4.2.3 Vejen fra introduktionsstilling til hoveduddannelsesforløb

Næste trin på vejen mod speciallægetitlen i psykiatri er fra gennemført introduktionsstilling til ansættelse i et hoveduddannelsesforløb. Igen er eneste kilde kortlægningen foretaget af Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst. Det fremgår heraf, at 48 % af disse ansøgere umiddelbart gik videre til et hoveduddannelsesforløb efter deres introduktionsstilling. 44 % havde haft en eller flere kliniske ansættelser inden for psykiatrien, før de ansøgte om et hoveduddannelsesforløb. Dog var den gennemsnitlige ansættelsestid for denne gruppe blot på 10 måneder, så de fleste er relativt hurtigt kommet

²⁰ Andelene giver mere end 100 % tilsammen, fordi lægerne sagtens kan have foretaget sig flere af ovennævnte aktiviteter.

²¹ Man kan ikke umiddelbart konkludere, at en læge ønsker at blive psykiater, fordi vedkommende tager en introduktionsstilling inden for specialet. Der er ofte læger, som tager en introduktionsstilling med henblik på at samle point til en anden specialisering. Men disse 20 % søgte efterfølgende om optagelse på en hoveduddannelse i psykiatri.

²² Denne vurdering er baseret på vores interviewundersøgelse med de målrettede og på diskussioner fra Fraktionen af Yngre Psykiateres årsmøde i oktober 2005.

²³ Disse læger har gennemsnitligt haft 67 måneders ansættelse i andre specialer. Tallet dækker over, at 11 af lægerne har haft op til 66 måneders ansættelser, mens fire læger har haft op til 250 måneders ansættelse inden for andre specialer. (Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst 2005).

i gang med et hoveduddannelsesforløb. En person var på barselsorlov eller anden form for orlov. Denne begrænsede undersøgelse tyder således ikke på, at det er i aktiviteter mellem introduktionsuddannelsen og hoveduddannelsen, at forklaringen på psykiaternes høje gennemsnitsalder og kandidatalder skal findes.

4.2.4 Anden speciallægeuddannelse først – revalg

I forbindelse med forstudieinterviewene samt i interviewundersøgelsen har flere peget på, at der er mange, der først tager en speciallægeuddannelse inden for almen medicin, før de bliver psykiatere. Ifølge Sundhedsstyrelsen er det samlet set små 7 %, der har en anden speciallægeuddannelse, når de påbegynder psykiatri, og heraf er 85 % speciallæger i almen medicin²⁴. Til sammenligning er der blandt alle specialer kun gennemsnitligt 3 %, der tager mere end ét speciale, når grenspecialer er fraregnet²⁵. Men selvom andelen er større, er det stadig et begrænset antal af psykiaterne, som først bliver almen medicinere. Dette tal omfatter dog kun de deciderede revalg efter endt specialisering. Antallet af læger, der har foretaget et omvalg i løbet af speciallægeuddannelsen i almen medicin til psykiatri, fremgår ikke af disse tal. Det er muligt, at denne gruppe af omvælgere også opfattes som 'almen medicinere' af de øvrige læger på det psykiatriske område.

Der er ikke foretaget en nærmere undersøgelse af, hvad der netop har tiltalt denne gruppe ved psykiatrispecialet. Der peges dog i forstudieinterviewene med ressourcepersoner inden for psykiatrien og i interviewundersøgelsen af de målrettede kommende psykiatere på, at der dels er det sammenfald mellem psykiatri og almen praksis og at patientkontakten fylder meget i begge specialer. Dels kommer lægerne under uddannelsen til almen medicin på obligatorisk ophold i psykiatrien og kommer derfor i berøring med arbejdet i psykiatrispecialet.

4.3 Frafald fra speciallægeuddannelsen i psykiatri

Et af formålene med udredningsarbejdet har været at undersøge, hvorvidt der er en frafaldsgruppe af betragtelig størrelse blandt de læger der påbegynder en introduktions- eller en hoveduddannelse i psykiatri, men senere vælger om. Hvis en sådan gruppe eksisterer, ville det yderligere være interessant at undersøge, hvilke faktorer der er afgørende for deres beslutning om at fravælge specialet.

Her er udredningsarbejdet dog stødt på det problem, at der på nuværende tidspunkt ikke findes officielle registreringer af frafald, hverken fra introdukti-

²⁴ Kilde: Oplyst af Monica Madsen, Sundhedsstatistik, Sundhedsstyrelsen.

²⁵ Kilde: Specialkørsel foretaget af Anne Gladbo Platz, Sundhedsstatistik, Sundhedsstyrelsen d.14.12.2005.

onsstillinger eller fra hoveduddannelsesforløb i psykiatrien. Derfor vides det ikke, hvor mange af de 66-90 introduktionsstillinger i psykiatri, som ifølge Sundhedsstyrelsens Dimensioneringsplan (Sundhedsstyrelsen 2003c) anbefales opslået i Danmark, der rent faktisk er blevet slået op, endsige hvor mange af de stillinger, som er blevet opslået, der også er blevet besat. I sagens natur findes der derfor heller ingen opgørelser over, hvor mange der fortsætter i psykiatrien efter endt introduktionsstilling.

4.3.1 Frafald efter endt introduktionsstilling

Grundet den manglende registrering er der i stedet foretaget en begrænset undersøgelse, der giver en indikation om størrelse af frafaldet fra introduktionsstilling til hoveduddannelsesforløb, altså hvor stor en andel af de læger, som har gennemført en introduktionsstilling i psykiatri, der efterfølgende vælger ikke at fortsætte i et hoveduddannelsesforløb.

Indledningsvis skal det dog præciseres, at man ikke direkte kan sidestille 'frafald' med valget om ikke at fortsætte i en hoveduddannelsesstilling efter endt introduktionsforløb, idet mange tager introduktionsstillinger ud fra andre karrieremæssige overvejelser. For at kunne benævne en gruppe som en 'frafaldsgruppe' kræver det, at man ved, hvilken intention personerne havde med at påbegynde introduktionsstillingen. Der er kun tale om 'frafald', hvis de pågældende tog en introduktionsstilling med den hensigt at blive psykiatere²⁶.

Den undersøgelse tager udgangspunkt i, at alle læger, der er i introduktionsstilling i psykiatri, i løbet af stillingsperioden skal gennemføre et 1-uges kursus med en generel introduktion til det psykiatriske område – et såkaldte 'I-kursus'. Læger i introduktionsstilling i psykiatri, som ønsker, at stillingen skal give kompetence til et hoveduddannelsesforløb, skal have gennemført dette kursus. Der kan dog også deltage læger i andre stillinger – eksempelvis fra neurologi eller almen praksis²⁷.

²⁶ Hvis den pågældende læge allerede ved starten på introduktionsstillingen havde intention om at blive eksempelvis almen praktiserende læge, neurolog eller børne- og ungdomspsykiater – tre typiske eksempler – så giver det ikke mening at betragte introduktionsstillingen som en 'påbegyndt uddannelse' i psykiatri, og følgelig kan man ikke tale om et frafald fra psykiatriuddannelsen.

²⁷ Det, som denne undersøgelse skal belyse, er, om der sker et frafald fra introduktionsstilling til hoveduddannelsesforløb. Men da vi ikke har kunnet få adgang til registrering over de personer, som er ansat i en introduktionsstilling, tager undersøgelsen udgangspunkt i de personer, som har været på I-kursus. Det vil sige, at der kan være læger, som har taget en introduktionsstilling i psykiatri, men som ikke har gennemført I-kurset. Disse læger vil ikke fremgå af denne opgørelse. Da I-kurset er obligatorisk for de læger, som efterfølgende ønsker en ansættelse i en hoveduddannelse, vil der kunne opstå en bias i forhold til læger, som er i en introduktionsstilling, men som allerede har besluttet, at de ikke ønsker at fortsætte i et hoveduddannelsesforløb. Dog er der kutyme for, at langt størstedelen af de læger, som har en introduktionsstilling i psykiatri også gennemfører I-kurset.

Ved at gennemgå deltagerlisterne over de læger, som har deltaget i et I-kursus i Region Nord i perioden 1997-2003²⁸, og sammenholde disse med lister over de læger, som har påbegyndt et hoveduddannelsesforløb i psykiatri i perioden 1997-2005, er der fremkommet et billede af, hvor mange læger der ikke er fortsat i uddannelsen til psykiater efter endt introduktionsstilling. Resultatet er gengivet i tabellen nedenfor.

Da der let kan gå nogle år fra en introduktionsstilling er afsluttet, til et hoveduddannelsesforløb påbegyndes, vil kursuslisterne fra de seneste to årgange (2002-2004) være langt mere usikre end de ældre årgange. Vi har derfor anført disse to årgange med *kursiv* i nedenstående tabel.

Deltagerlisterne fra I-kurserne angiver ikke altid, hvorvidt deltagerne var i en introduktionsstilling til psykiatri, eller om de kom fra en anden type ansættelse. Derfor er der en del kursUSDeltagere, der må betegnes som 'måske i introduktionsstilling i psykiatri'. Deltagerlisten fra 2001-2002 var så uklar, at den ikke er medtaget i denne undersøgelse.

Tabel 5. Oversigt over deltagere på I-kursus i psykiatri 1997-2004.

I-kursus år	Antal deltagere på I-kurset i psykiatri.			Antal der senere er påbegyndt hoveduddannelse i psykiatri	Muligt frafald (antal)	Muligt frafald (%)
	I alt på kursus	Heraf muligvis i psyk. intro	Heraf med sikkerhed i psyk. intro			
1997-1998	22	6	16	12	10	45 %
1998-1999	15	1	14	9	6	40 %
1999-2000	19	0	19	12	7	37 %
2000-2001	24	3	21	14	10	42 %
<i>2002-2003</i>	<i>12</i>	<i>2</i>	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>58 %</i>
<i>2003-2004</i>	<i>13</i>	<i>0</i>	<i>13</i>	<i>5</i>	<i>8</i>	<i>60 %</i>

For årgangene 1997-2001 viser opgørelsen, at mellem 37-45 % af de læger, som har været på I-kursus i psykiatri, ikke har påbegyndt en hoveduddannelse i psykiatri fire år eller mere efter, at introforløbet er afsluttet. Hvor stor en andel af denne gruppe, der reelt skal betragtes som frafald – det vil sige, som reelt havde tænkt sig at tage en hoveduddannelse i psykiatri, men som efter introduktionsstillingen ændrede opfattelse – viser undersøgelsen ikke.

²⁸ Denne undersøgelse omhandler kun læger, som har gennemført et I-kursus i psykiatri i uddannelsesregion Nord (også kaldet Vest i nogle sammenhænge). Der arrangeres I-kurser i alle tre uddannelsesregioner. Selvom læger, der er i introduktionsstilling i Syd og Øst er velkomne til at deltage i I-kurserne arrangeret i Region Nord, vil langt den overvejende del af deltagerne på disse kurser være ansat i Region Nord. Hvis der således er markante forskelle på, hvor mange der fortsætter i hoveduddannelsesforløb efter endt introduktionsstilling mellem de tre regioner, vil denne forskel ikke blive afspejlet i denne undersøgelse.

I samtaler har ressourcepersoner inden for psykiatrien alle samstemmende givet udtryk for, at det ikke var deres indtryk, at der var et nævneværdigt frafald fra endt introduktionsstilling til påbegyndt hoveduddannelse. Til gengæld har flere henvist til, at der er en del læger, som tager introduktionsstillingen i psykiatri som led i forberedelsen til andre specialer. Disse udtalelser sammenholdt med ovenstående undersøgelse har ledt til, at vi ikke vurderer, det vil være muligt at øge antallet af psykiatere ved at begrænse et eventuelt frafald. Det er derfor ikke undersøgt yderligere.

4.3.2 Frafald fra hoveduddannelsen

Der er også den mulighed, at en del af lægerne under uddannelse til psykiatri foretager et specialeskift. Sådanne omvalg kan betragtes som frafald fra hoveduddannelsen. Her antages det, at alle havde en intention om at uddanne sig til speciallæge i psykiatri.

Ved at sammenkøre listerne over dem, der har fået tildelt hoveduddannelsesstilling (i form af blokstilling) i psykiatri i perioden 2. halvår 1998 til og med 2. halvår 1999, med Lægeforeningens registrering af dem, der er blevet færdige som speciallæger i psykiatri til og med december 2005, har det været muligt at få et indblik i, hvor mange der er blevet færdige med deres speciallægeuddannelse i denne 6-årige periode²⁹. Den normerede tid for uddannelsen i denne periode var 4 ½ år³⁰. Resultatet af undersøgelsen er følgende:

- 52 læger begyndte i blokstilling
- 39 blev færdige som speciallæger i psykiatri
- 13 er endnu ikke færdige/er faldet fra
- Dette svarer til, at 25 % ikke gennemfører inden for seks år.

Der er således 13 ud af 52 læger, som ikke fuldfører uddannelsen på seks år. Ved at spørge uddannelsesregionerne, Sundhedsstyrelsen og lægerne selv³¹ er det lykkedes at tegne et mere præcist billede af grundene til, at disse 13 læger ikke har færdiggjort deres speciallægeuddannelse:

- to har en ansøgning liggende hos Sundhedsstyrelsen om speciallægegodkendelse (den ene blev forsinket pga. sygdom).
- én er blevet forsinket pga. sygdom, men står overfor at sende sin ansøgning om speciallægegodkendelse til Sundhedsstyrelsen.
- én mangler at få et kursus godkendt i forhold til at få speciallægegodkendelse, men arbejder som afdelingslæge i psykiatrien.
- tre har opsagt deres stilling og er i gang med en ph.d.-stilling og forventer derefter at gøre speciallægeuddannelsen i psykiatri færdig.

²⁹ Muliggjort af samarbejde med Videreuddannelsessekretariatet i Region Øst og Lægeforeningen.

³⁰ I dag er uddannelsen kortet ned med et halvt år. I stedet for et års neurologi skal psykiaterne nu blot igennem et halvt års ansættelse i neurologi.

³¹ Lægeforeningens Vejviser 2005/2006. Der er blevet ringet til seks af lægerne.

- én har opsagt sin stilling på grund af arbejdsforholdene, men arbejder stadig i psykiatrien.
- 4 er blevet opsagt. Heraf er to i gang med et nyt forløb i psykiatri i andre regioner, én arbejder i et andet speciale, og den sidste er blevet førtids-pensioneret.
- én arbejder ikke længere i psykiatrien.

Således er det blot tre ud af de 13 læger, som ikke længere arbejder i psykiatrien. Heraf arbejder de to af dem heller ikke i andre specialer. Det er altså kun en ud af 52 læger, som har skiftet arbejdspladsen i psykiatrien ud med et arbejde inden for et andet speciale. Denne stikprøve peger således på, at der ikke er et egentligt frafald fra hoveduddannelsesforløbene.

4.3.3 Revalg: nyt speciale efter endt speciallægeuddannelse i psykiatri

Heller ikke hvad angår revalg kan man tale om et egentligt frafald fra psykiatrien. Det vil sige, at meget få uddannede psykiatere vælger efterfølgende at tage en anden speciallægeuddannelse. På baggrund af tal fra Sundhedsstyrelsen for perioden 1985-2005 har vi opgjort andelen af psykiatere, som får en ny speciallægeanerkendelse til små 2 % (1,8 %). Til sammenligning er det 3 % af speciallægerne samlet set, som får anerkendt en ny speciallægeuddannelse³². Af de små 2 % af psykiaterne – det vil sige 14 personer – er de seks blevet speciallæger i almen medicin og de fem er blevet børne- og ungdomspsykiatere. Det vil sige, at over en periode på 20 år er der 14 psykiatere, der har valgt at få anerkendt en anden speciallægeuddannelse³³. Dette vurderes at være et lille frafald.

På baggrund af ovenstående analyser tyder det ikke på, at frafald er et stort problem for psykiatri. Dette betyder derimod ikke, at der ikke er lokale problemer med uddannelsesforløb, der kan føre til at stillinger opsiges. Men generelt set er frafald fra speciallægeuddannelsen i psykiatri ikke noget stort problem.

4.4 De målrettede, de jævne og de langsomme

Et interessant resultat af udredningsarbejdet har været, at der bag den høje gennemsnitlige alder og kandidatalder for psykiaterne gemmer sig en stor spredning. Som vi så tidligere, er der eksempelvis en mindre gruppe af læger med en meget høj kandidatalder, som trækker gennemsnittet op. Sprednin-

³² Disse tal er af Sundhedsstyrelsen renset for grenspecialer.

³³ Hvorvidt alle 14 arbejder uden for psykiatrien på nuværende tidspunkt kan ikke afgøres.

gen har dannet basis for følgende typologi over psykiaterne under uddannelse, som er foretaget ud fra deres kandidatalder³⁴.

4.4.1 De målrettede

De målrettede er den gruppe af læger under speciallægeuddannelsen i psykiatri, som har påbegyndt uddannelsen inden for specialet kort tid efter deres turnus (enten direkte eller efter 1-2 kortere vikariater). De målrettede er således de 17 %³⁵, der har påbegyndt deres hoveduddannelsesforløb 3-5 år efter de blev cand.med. (jf. Tabel 4. Kandidatalder for optagne på hoveduddannelse i psykiatri i 1998-2003 inddelt i tre-års intervaller, s.24)³⁶.

Kendetegnene for de målrettede er, at de har færre point end 'de jævne' og 'de langsomme'. Pointgennemsnittet for denne gruppe er 3,5 mod 5,62 for alle psykiaterne samlet. Det er naturligt, at denne gruppe ikke har kunnet nå at gennemføre nær så mange pointgivende aktiviteter som de øvrige. Denne gruppe har også forsket meget lidt. Således er deres pointgennemsnit i kriterium fem blot 0,39. Men dette betyder dog ikke nødvendigvis, at de målrettede ikke er forskningsinteresserede. Således er der en del læger, som først begynder et ph.d.-forløb, efter de har påbegyndt deres hoveduddannelse. Fælles for denne gruppe er, at de meget tidligt efter studiet har besluttet, at psykiatri er noget for dem.

4.4.2 De jævne

De jævne har vi defineret som de læger, der har en kandidatalder på mellem seks og 14 år, når de påbegynder deres hoveduddannelsesforløb i psykiatri. Dette er klart den største gruppe, som tæller 54 % af dem, der fik en hoveduddannelsesstilling i psykiatri i perioden 1998-2003.

Denne gruppe har et samlet pointgennemsnit på 6,11, hvilket er lidt højere end gennemsnittet for hele gruppen. Det er desuden den gruppe, som forsker mest før hoveduddannelsen. Gennemsnittet for denne gruppe i kriterium fem er således 0,93.

4.4.3 De langsomme

De langsomme har vi defineret som dem, der har en kandidatalder på 15 år eller derofter, når de påbegynder deres hoveduddannelsesforløb i psykiatri.

³⁴ De valgte intervaller kunne have været anderledes, og de er ikke baseret på objektive kriterier, men derimod på en vurdering af relevante grupper. For at betegne en gruppe som målrettet er det vores vurdering, at der skal gå relativt kort tid fra afslutning af turnus til påbegyndelse af hoveduddannelsesforløbet. Derfor det korte interval på 3-5 år. For at betegne en gruppe som langsom derimod, kræver det at der er brugt et anseeligt antal år, før hoveduddannelsen påbegyndes. Her er valget faldet på 15 år. De jævne er restgruppen.

³⁵ Baseret på kortlægningen foretaget af Region Øst må andelen af målrettede i anden halvdel af 2005 vurderes til at være noget højere. Et forsigtigt bud er ca. 30 %.

³⁶ Den lavest mulige kandidatalder er 2 ½ år (1 ½ år i turnus og 1 år i introduktionsstilling).

Denne gruppe udgør knap en tredjedel (29 %) af den samlede population. Heraf har næsten 10 % en kandidatalder på 24 år eller mere. Interessant nok har gruppen af langsomme ikke nævneværdigt flere point end gruppen af jævne (6,14 mod 6,11). I relation til kriterium 5, som gælder forskning, har gruppen faktisk færre point end gruppen af jævne (0,85 mod 0,93). Til gengæld har samtlige læger i denne gruppe maksimum point i erfaring i andre specialer (kriterium 1). Da de langsomme har det samme pointgennemsnit, som de jævne inden for det psykiatriske speciale (kriterium 2, hvor begge grupper har et gennemsnit på 1,21) kunne det tyde på, at langt størstedelen i denne gruppe har arbejdet lang tid i andre specialer, før de endeligt har valgt psykiatri. Det er sandsynligt, at vi finder størstedelen af de læger, som har taget et andet speciale før psykiatri i denne gruppe.

4.4.4 Rekrutteringen bør fokusere på de målrettede læger

For hver enkelt læge kan der være gode grunde til de valg, der er truffet, og som har resulteret i en bestemt kandidatalder ved påbegyndelsen af speciallægestudiet. Man kan således ikke sige noget om kvaliteten af den enkelte læge ud fra kandidatalderen. Samlet set for psykiatrien er det dog et problem, at der tiltrækkes så stor en andel af læger med høj kandidatalder, da disse læger har kortere tid i specialet, før de når pensionsalderen. Derfor bør der særligt fokuseres på de målrettede i rekrutteringsøjemed, da det netop er disse læger, der ud fra et lægemangelsperspektiv vil gøre den største forskel på længere sigt. Eller som en af de målrettede formulerede det i interviewundersøgelsen:

“Der er mange der kommer fra andre specialer og har haft en anden speciallægeuddannelse og [...] jeg synes, det er en gevinst at der også er nogle der er lidt ældre og kommer med en anden baggrund. Men det skal jo ikke være for meget. Fordi hvis man bliver speciallæge meget sent, så har man ikke ret mange år som speciallæge og så bliver man simpelthen ikke dygtig nok. Hvis der er mange af den type i afdelingen, så bliver vidensniveauet ikke højt nok”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Flere af de unge målrettede vil således give en bedre balance mellem på den ene side læger med nyttig somatisk erfaring fra andre specialer og megen livserfaring, og læger, der kan nå at dygtiggøre sig mange år som speciallæge i psykiatri.

Det er dog vigtigt at understrege, at der i denne opdeling ikke ligger nogen implicit antagelse om, at den ene gruppe skulle bestå af mere velegnede eller dygtigere læger end den anden. Det er alene ud fra et rekrutteringsperspektiv, at denne opdeling er foretaget.

I perioden november-december 2005 blev der gennemført interview og telefoninterview med ni målrettede, kommende psykiatere. Disse målrettede havde en kandidatalder på mellem 2 ½ år og 4 år + 2 måneder, da de påbegyndte deres hoveduddannelse i psykiatri. I kapitel 8 beskrives de målrettedes baggrund, deres vej frem mod psykiatrien og deres tanker om psykiatrien.

4.5 Forskelle i rekrutteringen

Rapporten bygger på den præmis, at der findes et samlet rekrutteringsproblem inden for psykiatrien i Danmark. Imidlertid har udredningsarbejdet peget på store regionale forskelle i problemernes omfang. Der er således stor forskel på, hvor mange ubesatte stillinger der er, alt efter hvilken uddannelsesregion, der er tale om. (For en beskrivelse af den lægelige videreuddannelsesorganisering i tre regioner, se appendiks A, s. 127).

I Region Øst er der således en pæn besættelsesgrad for uddannelsesstillingerne i psykiatri. I de seneste fem ansættelsesrunder har besættelsesgraden her vekslet mellem 70 til 100 %.

Tabel 6. Besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb i Region Øst fra 2004-2006.

Besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb i Region Øst fra 2004-2006 ³⁷		
2004-1	17 ud af 22 besatte	77 %
2004-2	11 ud af 11 besatte	100 %
2005-1	7 ud af 10 besatte	70 %
2005-2	9 ud af 11 besatte	82 %
2006-1	10 ud af 10 besatte ³⁸	100 %

I Region Syd derimod er besættelsesgraden for uddannelsesstillingerne i psykiatri lavere. Her har den i samme periode vekslet mellem 33 og 80 %. I Region Syd var der ved sidste opslag af hoveduddannelsesforløb tre ud af fem stillinger, der blev besat. Et halvt år før var det blot 33 % af stillingerne, der blev besat:

³⁷ Baseret på tal oplyst 12.12.05 af Jesper Eriksen, Videreuddannelsessekretariat Region Øst.

³⁸ Er på nuværende tidspunkt blevet tilbudt ansættelse.

Tabel 7. Besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb i Region Syd fra 2004-2006 ³⁹

Besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb i Region Syd fra 2004-2006		
2004-1	3 ud af 6 besatte	50 %
2004-2	4 ud af 6 besatte	66 %
2005-1	4 ud af 5 besatte	80 %
2005-2	2 ud af 6 besatte	33 %
2006-1	3 ud af 5 besatte	60 %

Værst ser det ud i Region Nord, hvor besættelsesgraden i to runder har været helt nede på 14 %. Samlet set var der i perioden 2000-2004 vakante stillinger i knap halvdelen af hoveduddannelsesforløbene, der blev opslået i Region Nord (38 besatte, 35 ubesatte) (Det regionale videreuddannelsesråd Region Nord. 2004).

Tabel 8. Besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb i Region Nord 2004-2006 ⁴⁰

Besatte og ubesatte hoveduddannelsesforløb i Region Nord 2004-2006		
2004-1	1 ud af 7 besatte	14 %
2004-2	6 ud af 7 besatte	86 %
2005-1	2 ud af 7 besatte	29 %
2005-2	6 ud af 8 besatte	86 %
2006-1	1 ud af 7 besat	14 %

Derudover er det værd at bemærke, at besættelsesgraden svinger meget alt efter, hvilket halvår stillingerne slås op i. Det er således øjensynligt nemmere at besætte de stillinger, der begynder i september, end de stillinger der begynder i marts.

Tendensen ser ud til at fortsætte: Af de 20 personer, der netop har søgt om en blokstilling⁴¹ i psykiatri begyndende fra 1. marts 2006, har de 18 prioriteret ansættelse i Øst regionen, mens kun én ansøger havde Region Syd som 1. prioritet, og kun én ansøger havde Region Nord som 1. prioritet⁴².

Også inden for regionerne er der forskelle i søgningen, og der findes afdelinger, som der er oversøgning til. Således har man i 2005 på Amager Hospital måttet afvise tre ansøgere, blandt andet fordi der heller ikke i uddannelsesregionen findes ledige 'uddannelsesnumre' (klassificerede stillinger), som så at sige kan lånes ud (Aggernæs 2005b).

³⁹ Baseret på oversigter fremsendt af Marie Pinholt Krabbe, Videreuddannelsen Region Syd, den 8.12.05.

⁴⁰ Baseret på tal oplyst 12.12.05 af Jesper Eriksen, Videreuddannelsessekretariat Region Øst.

⁴¹ En blokstilling er et hoveduddannelsesforløb, der består af en 2-årig kursusstilling og 1 ½ års 1. reservelægestilling. Ofte er det obligatoriske nu ½ år (tidligere 1 år) i neurologien også med i blokstillingen.

⁴² Oplyst telefonisk 12.12.05 af Jesper Eriksen, Videreuddannelsessekretariat Region Øst.

Hvorfor de regionale forskelle i søgningen er så markante, kan der på baggrund af denne undersøgelse ikke siges ret meget om. Det ser umiddelbart ud til, at der er en overvægt af læger, der gerne vil være psykiatere, som bor i Region Øst. Der kan også være en sammenhæng mellem uddannelsessteder og søgning. På baggrund af interview med de målrettede ser det desuden ud til, at uddannelsessteder som Rigshospitalet og Bispebjerg eksempelvis fremhæves som særligt attraktive. Under alle omstændigheder vil der her være tale om en selvforstærkende effekt i og med, at hvis det er svært at besætte stillinger på et hospital, vil også de næste ansøgere foretrække uddannelsessteder med flere læger og dermed flere ressourcer tilstede til at uddanne.

I de tre næste kapitler præsenteres resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne med medicinstuderende og yngre læger efter turnus om, hvilke tanker de gør sig om specialevalg og psykiatri.

5. Studerendes og yngre lægers valg af speciale

I dette kapitel analyseres de medicinstuderendes og de yngre lægers overvejelser om valg og fravalg af speciale. Fokus er således på, hvilke præferencer de to grupper har, hvor sikre disse præferencer vurderes at være, hvornår de er blevet dannet, og hvilke faktorer har været væsentlige for dannelsen af præferencer og intentioner. Som beskrevet i afsnit 2.1 er lægers valg af speciale en længerevarende proces, hvor præferencer dannes, stabiliseres, ændres, forskellige specialer overvejes, foreløbige valg og fravalg foretages, endelige valg træffes, og disse valg gøres ind imellem om igen. Dette kapitel fokuserer på den første fase af denne proces, idet kun en mindre gruppe af de yngre læger har truffet et egentligt 'foreløbigt valg' i form af en introduktionsuddannelse. For alle de studerende og de øvrige turnuskandidater, er der tale om 'intentioner og præferencer', som ikke formelt indskrænker deres senere valgmuligheder. Når vi således i løbet af dette afsnit omtaler de studerendes og de yngre lægers 'valg', må det fortsat betragtes ud fra definitionen i afsnit 2.1 som en 'intention' og ikke et egentligt valg. Selvom den enkelte studerende eller yngre læge kan have den overbevisning, at de med sikkerhed har truffet et valg, så har de stadig ikke i praksis gennemført valget og dermed indskrænket deres fremtidige muligheder. Det sker jf. definitionen først, når de vælger en introduktionsstilling.

Datagrundlaget er primært de gennemførte spørgeskemaundersøgelser blandt medicinstuderende og yngre læger (For uddybning af spørgeskemaundersøgelserne, se appendiks B, s. 133). Der suppleres desuden med relevante pointer fra forstudieinterviewene, interviewundersøgelsen og litteraturstudiet.

5.1 Hvilke specialegrupper overvejes – og hvilke fravælges?

I dette afsnit vil vi fokusere på den tidlige del af specialevalgsproces: Hvilke tanker har medicinstuderende på 9.-10. semester om specialevalg, og hvordan ser det ud for yngre læger, der netop har afsluttet turnus?

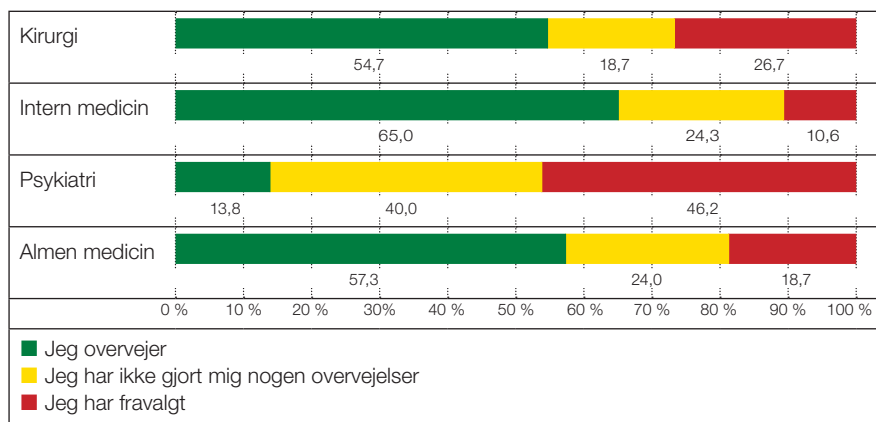
De medicinstuderende og de yngre læger vil befinde sig forskellige steder i valgprocessen. Nogle vil føle sig relativt afklarede om specialevalget, mens andre vil være meget uafklarede. Derfor er der først blevet spurgt til deres overvejelser om fire overordnede specialegrupper: Intern medicin, kirurgi, almen medicin og psykiatri. Dernæst er der spurgt mere detaljeret til deres overvejelser om subspecialer inden for disse grupper. Der er spurgt til såvel tilvalg som fravalg, idet man sagtens kan have fravalgt et speciale eller flere

– uden af den grund at have valgt noget konkret speciale til. Både når det gælder overvejelserne om overordnede specialegrupper og om subspecialerne har vi bedt respondenterne vurdere, hvor sikre de er i de intentioner, de har givet udtryk for.

5.1.1 De fire specialegrupper

De **medicinstuderende** blev stillet et overordnet spørgsmål om, hvorvidt de enten overvejede at vælge, havde fravalgt eller slet ingen overvejelser havde gjort sig om specialerne inden for følgende fire brede kategorier⁴³: kirurgi, intern medicin, psykiatri og almen medicin. I nedenstående figur ses svarene:

Figur 9. Stud.med.: Hvilke overvejelser har du gjort dig med hensyn til valg af speciale?



For det første ses det af figuren, at de psykiatriske specialer er den specialegruppe, som langt de fleste ingen overvejelser har gjort sig om – 40,0 % har ikke overvejet et psykiatrisk speciale, mod 19-24 % i de andre specialegrupper.

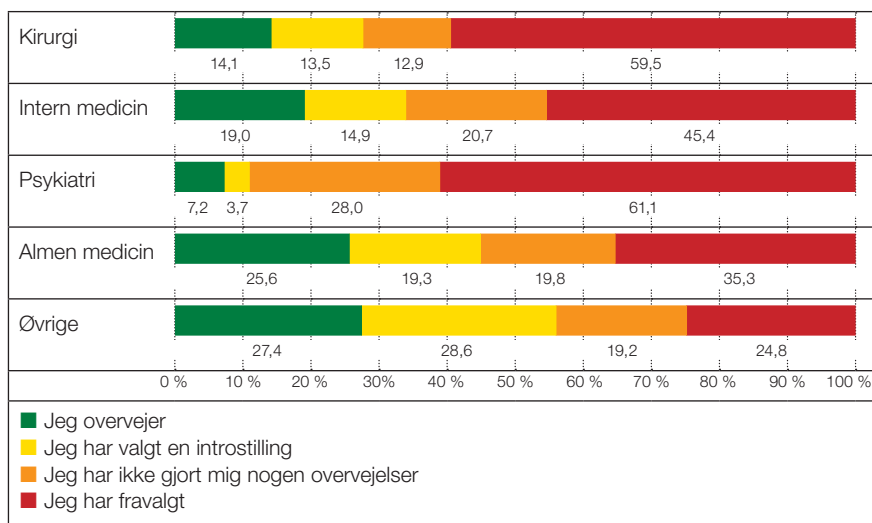
For det andet ses det, at de psykiatriske specialer også er den specialegruppe, som langt de fleste har fravalgt. 46 % af de medicinstuderende svarer således, at de har fravalgt psykiatri, mod 11-27 % i de andre specialegrupper.

Når det kommer til de positive overvejelser, ligger de psykiatriske specialer i bund. Der er 14 % af de medicinstuderende, som overvejer et psykiatrisk speciale, mens 55-65 % overvejer en af de øvrige specialegrupper. Alt i alt er de psykiatriske specialer således den specialegruppe, som har den laveste søgning og det største fravalg.

⁴³ Når der anvendes brede kategorier i spørgeskemaerne, betyder det, at psykiatri ikke er afgrænset til voksenpsykiatri, men at der er tale om psykiatri generelt set, altså incl. børne- og ungdomspsykiatri.

De **yngre læger** blev stillet et tilsvarende spørgsmål om deres konkrete valg af speciale, dog med den forskel, at de også havde mulighed for at indikere, at de faktisk havde valgt en introduktionsstilling inden for området⁴⁴:

Figur 10. Yngre læger: Hvilke overvejelser har du gjort dig om specialerne?⁴⁵



Som det ses af figuren er de psykiatriske specialer også den specialegruppe, som flest yngre læger ikke har gjort sig nogen overvejelser om. Det gælder dog for færre end det gjorde blandt de studerende. Det er således 28 % af de yngre læger, som angiver, at de endnu ingen overvejelser har gjort sig. Til sammenligning er det mellem 13 % og 21 % af de yngre læger, som ikke har gjort sig overvejelser om de tre andre specialegrupper.

Med hensyn til overvejelser om tilvalg og fravalg gælder ligeledes den samme tendens hos de yngre læger som hos de studerende. Når det gælder fravalget, er det dog sådan, at der blandt de yngre læger er næsten lige så stor en andel, der har fravalgt den kirurgiske specialegruppe som den psykiatriske.

⁴⁴ Som det fremgår af spørgeskemaet til yngre læger (henvisning til appendiks), var der en ekstra svarkategori på spørgsmålet om, hvilke overvejelser de havde gjort vedrørende specialet i forhold til spørgeskemaet til de studerende. De blev således spurgt, om de havde valgt en introduktionsstilling inden for specialerne. Men det, at en yngre læge har valgt en introduktionsstilling i et speciale, er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at vedkommende har besluttet at tage en specialuddannelse inden for det speciale – endside overvejer det. Dette skyldes, at yngre læger kan tage introduktionsstillinger med det formål at samle point og/eller erfaring til en uddannelsesstilling i et andet speciale. Derfor blev gruppen af yngre læger, som anførte, at de havde valgt en introduktionsstilling i et givet speciale, også bedt om at angive, hvorvidt de enten var sikre på, overvejede eller helt udelukkede at de ville blive speciallæger inden for det pågældende speciale. I databehandlingen er gruppen af yngre læger, som har valgt en introduktionsstilling i et speciale, men som svarer at de ikke påtænker at blive speciallæger inden for dette speciale, derfor taget ud af opgørelserne. Således betyder det, at de personer, som i figuren angiver at have valgt introduktionsstilling, også alle sammen rent faktisk har en intention om at færdiggøre en speciallægeuddannelse inden for området.

⁴⁵ De yngre læger fik ligeledes mulighed for at angive, om de overvejer et af de specialer, som ikke indgår i de fire specialegrupper. Det er dog ikke medtaget i denne analyse.

61 % af de yngre læger har fravalgt de psykiatriske specialer, mens det er 60 % for de kirurgiske specialers vedkommende⁴⁶. Væsentligt færre har dog fravalgt intern medicin (45 %) og almen medicin (35 %).

For de positive overvejselsers vedkommende er det 11 % af de yngre læger, som enten overvejer eller har valgt et psykiatrisk speciale, hvilket er væsentligt lavere end for de øvrige specialegruppers vedkommende.

Således er de overordnede tendenser blandt de medicinstuderende og de yngre læger de samme: Færre har gjort sig overvejselser om de psykiatriske specialer, flere har fravalgt dem og færre overvejer at tilvælge dem, end det er tilfældet for de øvrige specialegrupper.

En sammenligning af svarene fra de to respondentgrupper viser interessante forskelle. For det første er der færre yngre læger end medicinstuderende, som ingen overvejselser har gjort sig. For det andet er der markant færre yngre læger, som overvejer eller har valgt et speciale, end der er studerende som overvejer et speciale. Til gengæld er der betydeligt flere af de yngre læger, som har fravalgt specialer end blandt de studerende.

Alle tre tendenser understøtter forståelsen af specialevalget, som en fremadskridende proces. De yngre læger er nået længere hen imod det tidspunkt, hvor de skal træffe et valg. Nogle af dem har allerede truffet et 'foreløbigt valg' i form af en introduktionsstilling. I modsætning til de studerende har de yngre læger været i turnus, og dermed oplevet intern medicin, kirurgi og almen medicin tæt på. Således forekommer det naturligt, at de yngre læger har gjort sig flere overvejselser end de medicinstuderende, og at det dermed er færre som angiver, at de 'ingen overvejselser har gjort sig'.

Men disse tal siger også noget om, hvordan denne valgproces foregår. Det er således interessant, at andelen af positive overvejselser er lavere blandt de yngre læger end blandt de studerende, mens andelen af fravalg er markant højere. 27 % af de studerende har fravalgt kirurgi og 55 % overvejer at vælge det, mens det for de yngre læger forholder sig omvendt. Her har 60 % fravalgt kirurgi og det er blot 27 %, som enten overvejer eller har tilvalgt specialet. I intern medicin er det 65 % af de studerende som positivt overvejer specialet, mens blot 11 % har fravalgt det. Blandt de yngre læger er det hele 45 %, som har fravalgt intern medicin og blot 34 % der enten overvejer eller har tilvalgt specialet. Samme billede ses for almen medicin, hvor det er 19 % af de studerende, som har fravalgt specialet, mens det er 35 % af de yngre læger. Også her falder tilvalget – fra 57 % af de studerende som positivt overvejer almen medicin til 45 % af de yngre læger. Disse tal giver et klart billede af, at processen omkring specialevalget ikke i så høj grad foregår gennem

⁴⁶ Denne forskel er statistisk insignifikant.

klare tilvalg. Derimod er det en proces, som består af en serie af fravalg frem mod det endelige valg. Således har de yngre læger ikke blot opnået en større klarhed ved, at de i højere grad kan tilkendegive overvejelser om de forskellige specialer. En stor del af klarheden er også, at de har fået elimineret flere af specialerne fra deres overvejelser igennem et fravalg.

Psykiatri indgår ikke i turnus, så de yngre læger har ikke den samme store erfaring med dette område sammenlignet med de studerende. Alligevel er der også betydeligt flere der fravælger de psykiatriske specialer blandt de yngre læger, end blandt de studerende. Før turnusforløbet er det således 46 %, som har fravalgt de psykiatriske specialer, mens det blandt de yngre læger efter turnus er 61 %. Tilvalget af et psykiatrisk speciale følger også mønstret fra de andre specialer. Det vil sige, at der er færre af de yngre læger, som har valgt eller overvejer at vælge et psykiatrisk speciale end blandt de studerende. Som ovenfor beskrevet er det 14 % af de studerende og 11 % af de yngre læger, som overvejer eller har valgt et psykiatrisk speciale. Faldet er dog markant mindre for de psykiatriske specialer end for intern medicin og kirurgi. Relativt falder andelen med 20 % (fra 13,8 til 10,9) inden for de psykiatriske specialer, mens det tilsvarende fald inden for kirurgi og intern medicin er på henholdsvis 50 % og 48 %⁴⁷. I afsnit 5.2.3 diskuteres, hvilken påvirkning turnus kan have på præferencerne om de psykiatriske specialer.

En vigtig forskel mellem de to populationer er, at der blandt de yngre læger er en gruppe, som allerede har truffet et 'foreløbigt valg' i form af en introduktionsstilling (jf. vores definition af specialevalget i fem faser). For psykiatri vedkommende drejer dette sig om små 4 % af de yngre læger. Blandt disse 4 % er der kun medregnet de læger, som også har svaret 'ja' eller 'måske' til, at de forventer at færdiggøre en speciallægeuddannelse inden for området. Dette er dog en meget lille gruppe – blot 12 personer⁴⁸ – og man skal derfor være varsom med at konkludere for meget på disse tal.

Denne analyse har baseret sig på overvejelser om de bredere specialegrupper. Psykiatri er et markant mindre speciale end de tre øvrige, og derfor er det helt afgørende, at de tal, som vi her har fundet, bliver relateret til speciallets relative størrelse, før man vurderer resultatets betydning for rekrutteringen til specialet. Denne diskussion vil vi behandle nedenfor, når resultaterne af respondenternes overvejelser om subspecialer er præsenteret.

⁴⁷ I almen medicin falder andelen fra de studerende til de yngre læger med 21 % – altså meget lig psykiatri.

⁴⁸ Af disse 12 personer angiver de syv, at de forventer at færdiggøre en speciallægeuddannelse i psykiatri, mens fem svarer 'måske' på dette spørgsmål. Yderligere to personer har angivet, at de har valgt en introduktionsstilling i psykiatri. Af disse to har den ene svaret nej til at ville færdiggøre en speciallægeuddannelse i psykiatri, mens den anden har undladt at besvare spørgsmålet.

5.1.2 Hvilke subspecialer overvejes?

De studerende og de yngre læger, som har angivet, at de overvejer at vælge et speciale inden for en af de overordnede specialegrupper, blev efterfølgende bedt om at angive, hvorvidt de overvejer ét eller flere konkrete subspecialer inden for dette område.

Vi vil fokusere vores gennemgang på de psykiatriske specialer, hvor det er interessant at vurdere, hvordan fordelingen mellem voksenpsykiatri og børnepsykiatri er blandt de respondenter, som har angivet psykiatri, og hvilken betydning interessen for psykiatri har for rekrutteringsspørgsmålet.

Blandt de studerende var det som oven for beskrevet 14 % som overvejede et psykiatrisk speciale. Denne andel repræsenterer i alt 31 studerende. Af disse 31 er det 22, som har angivet et subspecialer, mens ni har undladt at udfylde dette spørgsmål⁴⁹. 21 af de 22 angav både voksen og børne- og ungdomspsykiatri. En enkelt angav kun voksenpsykiatri. Da så godt som alle de studerende, som har besvaret dette spørgsmål har krydset af ud for begge subspecialer, må det konkluderes, at de studerendes overvejelser på dette tidspunkt fortsat er ret åbne og ukonkrete.

Blandt de yngre læger er der 14, som har angivet, at de har valgt en introduktionsstilling i psykiatri. Af disse er ni i en introduktionsstilling i voksenpsykiatri, mens fire er i børne- og ungdomspsykiatri⁵⁰. Der er 25 yngre læger, som har angivet, at de overvejer at vælge psykiatri. Af disse har de fem ikke angivet subspecialer. 19 af de 20, som har angivet subspecialer, overvejer voksenpsykiatri, mens der er 16, som overvejer børne- og ungdomspsykiatri. I denne gruppe er der således 15, som overvejer begge subspecialer. Selvom det således er lidt mindre udtalt end blandt de studerende, tyder disse tal stadig på, at der blandt de læger, som overvejer psykiatri er et flertal, som ikke skelner skarpt mellem de to psykiatriske subspecialer i deres overvejelser.

I denne rapport er der fokus på voksenpsykiatri. Og hvis vi renser tallene blandt de studerende og yngre læger, som overvejer eller har valgt et psykiatrisk speciale, for den gruppe som kun overvejer eller har valgt børne- og ungdomspsykiatri, får vi, at det blandt de studerende er alle 14 %, som overvejer voksenpsykiatri, mens det er 9 % af de yngre læger. Hvis vi kun ser på den gruppe, der positivt har tilkendegivet, at de overvejer eller har valgt voksenpsykiatri⁵¹, er det 10 % af de studerende og 8 % af de yngre læger,

⁴⁹ I spørgeskemaet blev respondenterne bedt om kun at udfylde spørgsmålet, hvis de havde konkrete overvejelser om subspecialer.

⁵⁰ En enkelt har ikke angivet subspecialer. Det er den samme respondent, som angav, at vedkommende ikke ønskede at fuldføre en speciallægeuddannelse inden for området.

⁵¹ Det vil sige, at her tæller vi ikke den gruppe med, som ikke har angivet subspecialer.

som overvejer eller har valgt psykiatri⁵². For de yngre lægers vedkommende er det knap 3 %, som allerede nu tilkendegiver, at de har valgt og (måske) vil fuldføre en speciallægeuddannelse i psykiatri⁵³.

Det er helt afgørende, når det skal vurderes, hvad denne analyse betyder for rekrutteringsspørgsmålet, at tallene forholdes til det behov, psykiatrien har. Hvis dimensioneringsplanens mål om 45 voksenpsykiatere om året⁵⁴ skal nås, svarer det til, at 6,4 % af 2006-årgangen, 5,5 % af 2007-årgangen og 4,9 % af 2008-årgangen af medicinstuderende skal vælge psykiatri. Så selvom interessen for psykiatri er lille sammenlignet med de tre store specialgrupper kirurgi, intern medicin og almen medicin, så er disse tal ikke nær så kritiske, når de forholdes til psykiatriens relative størrelse. Det er dog stadig en meget stor andel af den gruppe, som overvejer psykiatri, hvis interesse skal fastholdes, for at rekrutteringsmålet alene kan nås ved at overbevise den gruppe, som på dette tidlige tidspunkt overvejer psykiatri. Men som det sås i udredningen, er psykiatrispecialet præget af, at en stor gruppe først sent i deres karriere vælger specialet.

5.1.3 Hvor sikre er de foreløbige valg under studiet og efter turnus?

Ovenfor er beskrevet de overvejelser om valg af speciale, som de studerende og de yngre læger har givet udtryk for i spørgeskemaet. Men hvor sikre føler respondenterne sig på disse overvejelser? Som tidligere beskrevet er der i spørgeskemaundersøgelsen primært tale om intentioner og præferencer⁵⁵, som ikke indskrænker eller binder de kommende læger på nogen måde. Vi har derfor bedt respondenterne om selv at vurdere, hvor sikre de overvejelser om valg, de har tilkendegivet, er.

I figurene (side 64) angives, hvor sikre de studerende og de yngre læger føler sig på de overvejelser, de har tilkendegivet om de overordnede specialgrupper. Figurene viser gennemsnittet for alle dem, der positivt overvejer at vælge specialet.

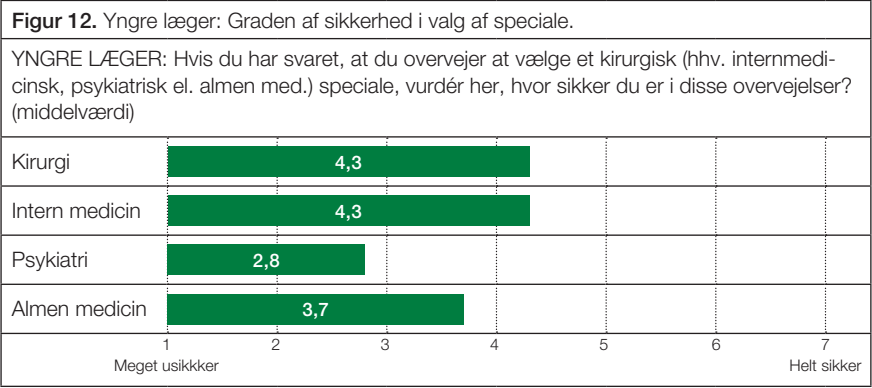
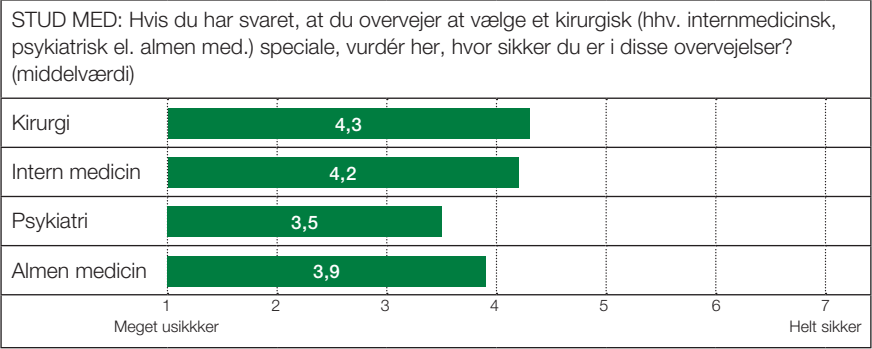
⁵² Det skal kraftigt understreges, at alle disse beregninger skal tages med store forbehold, da det er meget få personer, vi her opererer med. Der er meget stor usikkerhed forbundet med procentangivelser, der baseres på så få personer.

⁵³ Igen må vi slå fast, at tallene er meget små. Det er ni personer, der her er tale om. fem har svaret ja til, at de forventer at fuldføre speciallægeuddannelsen, mens fire svarer måske.

⁵⁴ Dette tal anbefales dog yderligere forøget, men der holdes fast på 45 så længe rekrutteringssituationen er så dårlig, som den er nu (Sundhedsstyrelsen 2003c).

⁵⁵ Dog er der en gruppe af de yngre læger, som har foretaget et foreløbigt valg jf. definition af speciale-valget i afsnit 2.1.

Figur 11. Stud.med.: Graden af sikkerhed i valg af speciale.



Fælles for både studerende og yngre læger er, at de, som overvejer kirurgi og intern medicin, er mere sikre end dem, der overvejer psykiatri.

Generelt set er såvel de studerende som de yngre læger på dette tidspunkt relativt usikre på deres valg af speciale⁵⁶. Således er den gennemsnitlige score for overvejelsernes sikkerhed mellem 2,8 og 4,4. De studerende og de yngre læger er altså fortsat relativt usikre på deres tilkendegivelser.

En sammenligning af de studerendes og de yngre lægers svar viser, at de yngre læger ikke er mere sikre på deres valg end de studerende⁵⁷. Det underbygger den førnævnte pointe om, at valget primært sker som fravalg. I afsnit 5.1.1 fremgik det, at de yngre læger i langt højere grad har fravalgt specialer end de studerende, mens antallet af tilvalg ikke er betydeligt større.

⁵⁶ Dette kan også ses indirekte af den forrige Figur 1. Stud.med.: Hvilke overvejelser har du gjort dig med hensyn til valg af specialerne?, som viser, at der på tværs af de fire specialegrupper alt i alt er 190 % som overvejer et speciale inden for grupperne, hvilket i praksis svarer til, at hver medicinstuderende overvejer at specialisere sig inden for små to forskellige specialegrupper. Dette tal peger i sig selv på en vis usikkerhed.

⁵⁷ Det skal dog påpeges, at der er tale to forskellige populationer, som sammenlignes her, og derfor skal man være varsom med en sammenligning af resultaterne.

Her kan det ses, at de tilvalg, som er foretaget blandt de yngre læger, heller ikke vurderes som mere sikre, end de tilvalg, som foretages af de studerende. Således er de yngre læger ikke nået markant længere end de studerende med hensyn til at beslutte, hvilket speciale de vil videreuddanne sig inden for, men de har til gengæld i højere grad fundet ud af, hvilke specialer de *ikke* ønsker en videreuddannelse i.

Med hensyn til psykiatri viser sammenligningen en interessant forskel. Her er de yngre læger *mere* usikre på deres valg, end den tilsvarende gruppe af medicinstuderende. I de tre andre specialer er graden af sikkerhed stort set identisk for de to grupper, og derfor er den lavere grad af sikkerhed inden for netop psykiatrien interessant. Hvad dette skyldes, kan denne undersøgelse ikke umiddelbart sige noget om. Men en af de vigtigste erfaringer, som adskiller de to grupper, er, at de yngre læger har været i turnus, og at de derigennem har stiftet bekendtskab med de tre andre specialer mere indgående. Interessant nok har det *ikke* gjort de yngre læger mere sikre i deres valg, end de medicinstuderende føler sig. Men det har altså gjort gruppen af interesserede i psykiatri mere usikre. En hypotese, som denne undersøgelse hverken kan be- eller afkræfte, er, at det skyldes, at gruppen af interesserede har været væk fra psykiatrien i hele deres turnusperiode på dette tidspunkt.

I interviewundersøgelsen med de målrettede psykiatere blev den modsatte pointe dog også fremført. Der var flere, som gav udtryk for, at turnus havde været med til at gøre dem mere sikre på deres valg af psykiatri. Dels fordi de havde fravalgt de andre specialer i løbet af deres turnus, dels fordi de var stødt på psykiatriske patienter, fx i almen praksis, som de synes var spændende. Se turnus – en anledning til fravalg.

5.1.4 Vurdering af præferencernes relevans for rekrutteringen til psykiatri

Spørgeskemaundersøgelserne har vist, hvilke specialer der vælges og fravælges af de to populationer, samt hvor sikre disse valg vurderes at være af respondenterne selv. Men hvilken vægt skal disse resultater tillægges? Svaret på dette spørgsmål kan ikke findes i de gennemførte analyser. Det er umuligt at vide, om respondenternes subjektive følelse af sikkerhed holder stik, eller om den ændres, og i så fald for hvor mange af dem, i hvilken retning og hvornår? For at fremkomme med en vurdering af præferencernes stabilitet må der ses på litteraturen om emnet.

Billedet er ikke entydigt i den internationale forskning. Et italiensk studie af valget af psykiatri som speciale (Galeazzi et al. 2003) har foretaget en gennemgang af litteraturen om netop dette emne, og her peges på, at nogle studier finder, at psykiatri som speciale vælges tidligt eller ligefrem før studiestart (Kritzer & Zimet 1967) og (Babbott, Baldwin Jr, Jolly & Williams 1988), mens

andre studier peger på, at valget både ændres og foretages langt senere (Cameron & Persad 1984; Mowbray, Davies & Biddle 1990). Det italienske studie ser på, hvor mange af dem, der faktisk vælger psykiatri (*psychiatric residents*), der havde psykiatri som deres førsteprioritet ved studiestart. Forskellige studier (fra hhv. Italien, Canada og USA) angiver, at helt ned til 14 % og helt op til 45 % af dem, der vælger psykiatri, havde psykiatri som førsteprioritet ved studiestart. (Galeazzi et al. 2003). Som udredningen i kapitel 4 viste, så er situationen i Danmark begge dele: en mindre gruppe af målrettede vælger psykiatri tidligt, mens en noget større gruppe vælger specialet sent, hvilket giver en *gennemsnitlig* høj kandidatalder.

Et af de mest kvalificerede svar på spørgsmålet om, hvornår stabiliseringen af valget *generelt* sker, har man i England, hvor man har indsamlet data om studerendes præferencer og lægers valg af speciale i mange år. Et studie blandt alle kandidater på 1983-årgangen viser, at 11 år efter kandidateksamen arbejdede 65 % af lægerne i deres førsteprioritet, angivet i det første år efter eksamen, mens 79 % arbejdede med deres førsteprioritet opgivet i deres tredje år efter kandidateksamen (Edwards, Lambert, Goldacre & Parkhouse 1997), hvilket leder til følgende konklusion:

“The large rise between year 1 and 3 after qualification in the predictive value of career choice shows that the first 3 years after leaving medical school are of vital importance in establishing the direction in which a medical career is to progress” (ibid.).

Imidlertid tyder forskningen også på, at stabiliseringen af valget af psykiatri sker senere end stabiliseringen af andre specialevalg, generelt set. Samme type engelske undersøgelse blev gennemført for 1977-årgangen 18 år efter (af delvist samme gruppe af forskere), og her fandt man, at mens det i gennemsnit var 59 % af årgangen, som 18 år efter arbejdede inden for det speciale, som havde været deres førsteprioritet ét år efter kandidateksamen, så var det kun 46 % af dem, der var blevet psykiatere, som havde haft psykiatri som deres første prioritet på dette tidspunkt. Tre år efter var det 78 % af hele årgangen, der havde deres nuværende speciale som førsteprioritet, mens andelen blandt psykiaterne kun var 63 %, og fem år efter var det 87 % af årgangen mod 81 % af psykiaterne, der havde nuværende speciale som førsteprioritet. (Davidson, Lambert & Goldacre 1998).

De engelske studier tyder for det første på, at der sker en markant stabilisering i valget i løbet af de første tre år efter kandidateksamen, altså det der i Danmark ville svare til turnus og første introduktionsstilling. Populationen af yngre læger i denne undersøgelse må antages at være midt i denne afgørende stabiliseringsfase. Imidlertid viser det andet studie, at stabiliseringen fortsætter i samme takt fra år tre til år 5. Man kan således ikke regne med, at

yngre læger tre år efter kandidateksamen har truffet et endeligt valg. For det andet peger de longitudinelle studier på, at psykiatri generelt vælges senere end andre specialer, hvilket stemmer helt overens med situationen om valget af psykiatri i Danmark beskrevet i kapitel 4. Dette modsiger ikke nødvendigvis de studier, som peger på, at der samtidigt findes en gruppe af studerende, som tidligt har præferencer for psykiatri, og som ville kunne fastholdes ved en mere målrettet indsats rettet mod dem.

I litteraturen findes der studier, hvor udviklingen i interessen for psykiatri over tid er blevet undersøgt. I USA har man for samtlige færdiguddannede fra alle uddannelsesinstitutioner i 1991-1992 undersøgt deres attitude til psykiatri, som blev målt på to tidspunkter: ved studiestart og under det første år efter kandidateksamen⁵⁸. Resultatet viste en stigning i interessen for psykiatri. Mens kun 2,4 % af de studerende på de to årgange havde angivet at overveje psykiatri som speciale ved studiestart, var det 4,2 % af dem, som faktisk valgte at gå ind i psykiatri⁵⁹ (Weissman et al. 1994). Engelske undersøgelser viser den samme tendens til, at interessen for psykiatri stiger i løbet af uddannelsen (Brockington et al. 2002) og i årene umiddelbart efter kandidateksamen (Goldacre et al. 2005).

Dog må det også nævnes, at der findes studier, som peger i den modsatte retning, nemlig at interessen for psykiatri *ikke* stiger i løbet af uddannelsen. Således findes der et skotsk studie, der målte en årgang af medicinstuderendes attitude til psykiatri. Det viste, at der ikke sker nogen forbedring af de studerendes opfattelse af psykiatri fra 1. til 3. til 5. år (Calvert, Sharpe, Power & Lawrie 1999). Det skotske studie er imidlertid betydeligt mindre omfattende end de andre. Samlet set må man derfor sige, at litteraturen viser en tendens til, at interessen for psykiatri stiger i løbet af uddannelsen. Men som nævnt i beskrivelsen af litteraturstudiet, er der store problemer forbundet med at drage for nagelfaste konklusioner på baggrund af sammenligninger af forskellige studier.

En vurdering af undersøgelsens relevans med baggrund i litteraturen peger derfor på følgende forhold:

Tallene fra undersøgelsen af yngre læger er – naturligt nok – mere sikre end stud.med. undersøgelsen. Desuden følger tallene den internationale tendens – både med hensyn til niveau for interesse i psykiatri og udviklingen i interessen over tid.

Men selvom tallene fra undersøgelsen af yngre læger er mere sikre, peger litteraturen på, at endelige valg træffes sent i processen, og at dette specielt

⁵⁸ Opr.: First year of residency in psychiatry.

⁵⁹ Opr.: Psychiatry residence.

gælder specialet psykiatri. Følger udviklingen i interessen for psykiatri den der ses i litteraturen, må man regne med en yderligere stigning i interessen for psykiatri – også i forhold til tallene for yngre læger i denne undersøgelse.

Selvom der kan forventes en netto tilgang, er dette dog ikke ensbetydende med, at der ikke vil ske et frafald fra den nuværende gruppe af interesserede. De yngre læger vil foretage mange omvalg, men disse udjævner i et vist omfang hinanden.

Det må understreges, at disse vurderinger udelukkende er baseret på internationale studier, og derfor må betragtes som usikre.

5.2 Dannelsen af specialepræferencer – hvornår og hvordan?

I afsnit 5.1 er de overvejelser, de studerende og de yngre læger har om valg og fravalg af speciale analyseret. Jf. definitionen af valg af speciale som bestående af fem faser, så er der her fokus på den tidlige fase, hvor overvejelserne er udtryk for intentioner og præferencer. Selvom disse præferencer er under konstant udvikling og kan påvirkes og ændres, vil der alligevel ofte være bestemte oplevelser på bestemte tidspunkter, som har særlig stor betydning for deres dannelse. For at kunne indkredse hvad der påvirker præferencerne, kan man både spørge til, hvornår præferencerne er blevet dannet og til, hvad der har påvirket dannelsen. Det vil i vid udstrækning være udtryk for det samme, da et bestemt tidspunkt typisk vil forbindes med bestemte oplevelser. Under alle omstændigheder er det et svært spørgsmål at få præcise svar på, da dannelsen af præferencer, er en proces. Vi har alligevel bedt respondenterne forholde sig til spørgsmålet om, *hvornår* deres præferencer blev dannet, men vi har formuleret svarkategorierne således, at der har været mulighed for at angive, at man ikke er bevidst om, hvornår ens præferencer er blevet dannet⁶⁰.

Da de erfaringer og oplevelser, de studerende og de yngre læger har haft med specialerne, antages at være forskellige – primært pga. turnus – har svarkategorierne i de to skemaer også været forskellige. Det giver derfor ikke mening at sammenligne resultaterne fra de to populationer direkte. Således analyseres svarene hver for sig.

I afsnit 5.2.1 ses på, hvornår de studerendes præferencer dannes. I afsnit 5.2.2 analyseres de yngre lægers besvarelse af dette spørgsmål. I 5.2.3 undersøges nærmere, hvad turnus kan betyde for præferencernes dannelse.

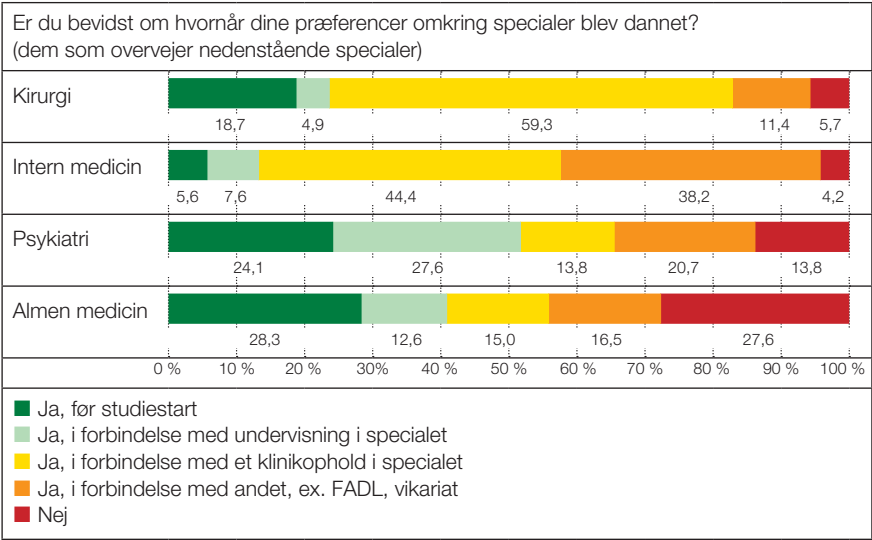
⁶⁰ En del spørgsmål er beslægtede med dette spørgsmål, og det er således et emne, vi behandler fra flere forskellige vinkler. For at indkredse spørgsmålet om, hvad der lægges vægt på i forbindelse med valget af speciale har vi også spurgt til, hvilke faktorer der er væsentligst, når der skal vælges speciale. Dette spørgsmål vil vi se på i det følgende afsnit. Når det kommer til psykiatri mere specifikt, har vi undersøgt, hvilke oplevelser som især har påvirket holdningen til psykiatri. Det ser vi nærmere på i kapitel 7 om Effekter af møder med psykiatrien.

Her inddrages observationer fra interviewundersøgelserne. Til sidst i afsnit 5.2.4 ses på, hvad køn betyder for præferencedannelsen og i 5.2.5 på, hvad regionale forskelle kan betyde.

5.2.1 Dannelsen af de studerendes præferencer

De studerende, som har svaret, at de overvejer et speciale og de studerende, som har svaret, at de har fravalgt et speciale, er efterfølgende blevet spurgt, om de var bevidste om, hvornår disse præferencer er blevet dannet. Figur 13., Stud med.: Tidspunkt for dannelse af positive specialepræferencerne- denfor viser, hvornår de positive overvejelser om valg af speciale blev dannet og Figur 14., Stud. med.: Tidspunkt for dannelse af negative specialepræferencer / fravalg viser, hvornår fravalget af specialet blev dannet.

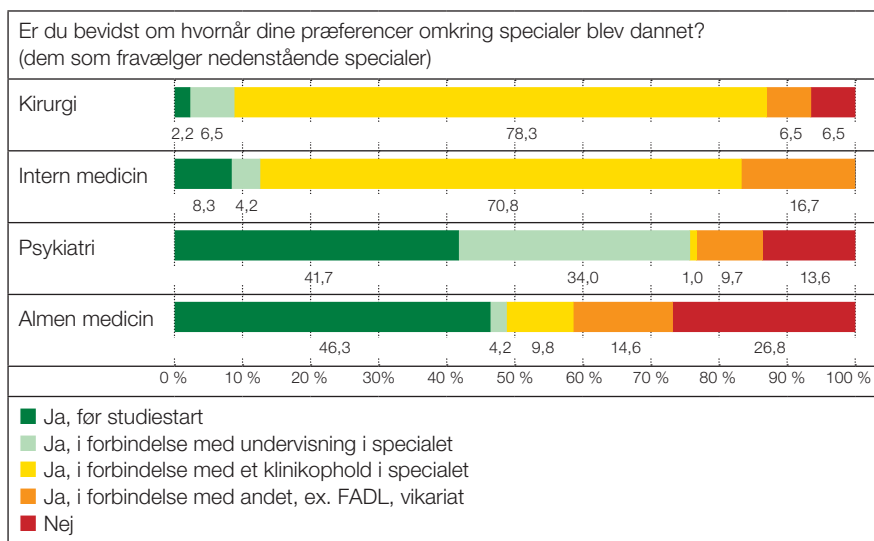
Figur 13. Stud med.: Tidspunkt for dannelse af positive specialepræferencer.



Det er problematisk at sammenligne svarene for de fire specialegrupper direkte med hinanden, da de studerende har haft forskellige erfaringer med de fire specialeområder. Således har de studerende på dette tidspunkt været i klinikophold i intern medicin og kirurgi, men endnu ikke i psykiatri og almen medicin. Men det giver til gengæld mulighed for at vurdere, om disse forskelle i erfaringerne påvirker præferencedannelsen.

I kirurgi og intern medicin, hvor de studerende allerede har gennemført et klinikophold, er det tydeligt, at det for langt størstedelen af de studerende netop er dette klinikophold, der har haft indflydelse på deres præferencer. For gruppen, som overvejer at vælge specialet, er det 59 % i kirurgi og 44 % i intern medicin, som tilskriver deres præferencers dannelse til klinikopholdet. For gruppen, der har fravalgt de to specialegrupper, er tendensen endnu

Figur 14. Stud. med.: Tidspunkt for dannelse af negative specialepræferencer/fravalg.



mere markant, idet 78 % begrundet fravalget af kirurgi med klinikopholdet, mens tallet for internmedicin er 71 %. Som det fremgår af figurene på forrige side, er det udover klinikopholdet især vikariater og FADL-vagter, som kan lede til positive overvejelser (38 % for intern medicin og 11 % for kirurgi).

Ses på tallene for psykiatri og almen medicin, hvor de studerende endnu ikke har været i klinikophold, ses det, at når de studerende ikke har været i kontakt med specialet i forbindelse med studiet, er der en relativt stor gruppe, som baserer deres præferencer på oplevelser før studiestart⁶¹. Det gælder især den gruppe, som har fravalgt de to specialer, hvor det er 42 % i psykiatri og 46 % i almen medicin, som har fravalgt specialerne før studiestart⁶². I gruppen, som overvejer at vælge specialet, er det til sammenligning 24 % for psykiatri og 28 % for almen medicin, der har formet deres præferencer før studiestart. Det, der til gengæld har haft en positiv indflydelse på de studerende, som overvejer et af disse to specialer, er kontakt med specialet i form

⁶¹ Der er dog en lille del af de studerende, som angiver, at det var i forbindelse med et klinikophold, deres præferencer blev dannet, selvom de på dette tidspunkt ikke har været i obligatorisk klinikophold i specialet. Det kan skyldes, at nogle studerende har været på 'præ-kliniske' ophold, hvor de er i praktik på forskellige afdelinger. Se appendiks A om uddannelse for en nærmere beskrivelse af de studerendes studieordninger.

⁶² Denne forskel er ikke statistisk signifikant. I figur 13 er følgende forskelle statistisk insignifikante: 'nej' svarene i psykiatri i relation til 'nej' svarene i kirurgi og i almen medicin. 'ja før studiestart' svarene i psykiatri i relation til svarene i kirurgi og almen medicin. Og 'ja i forbindelse med undervisning' og 'ja i forbindelse med klinikophold' svarene i psykiatri i relation til svarene i almen medicin. Og 'ja i forbindelse med undervisning' i relation til intern medicin. I figur 14 er følgende forskelle statistisk insignifikante: 'nej' svarene i psykiatri i relation til 'nej' svarene i kirurgi, intern medicin og i almen medicin. 'ja før studiestart' svarene i relationen psykiatri og almen medicin. Og 'ja i forbindelse med undervisningen' psykiatri svarene i relation til svarene i de tre andre specialer.

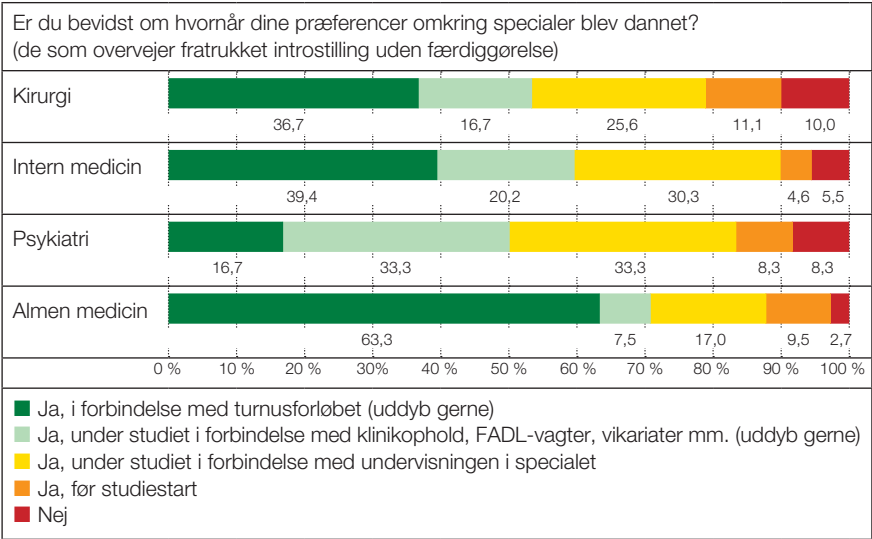
af FADL-vagter, vikariater eller kliniske ophold⁶³. Også her bliver det således bekræftet, at det især er kontakt med det kliniske arbejde i specialet, som påvirker de studerende.

Specifikt for psykiatriens vedkommende er det værd at bemærke, at der er en ret jævn fordeling mellem de forskellige kilder til positive præferencer. Dette tyder således på, at der ikke kan gives noget entydigt og klart svar på, hvornår interessen for psykiatri skabes, og hvad der primært skaber den.

5.2.2 Dannelsen af de yngre lægers præferencer

De yngre læger, som har angivet, at de overvejer, har valgt eller fravalgt et speciale, er ligeledes blevet bedt om at vurdere, hvornår deres præferencer om dette speciale blev dannet. I figur 15 kan præferencedannelsen for dem, der overvejer eller har valgt et af de fire specialer, ses, og i figur 16 kan præferencedannelsen for dem, der har fravalgt et af de fire specialer, ses⁶⁴.

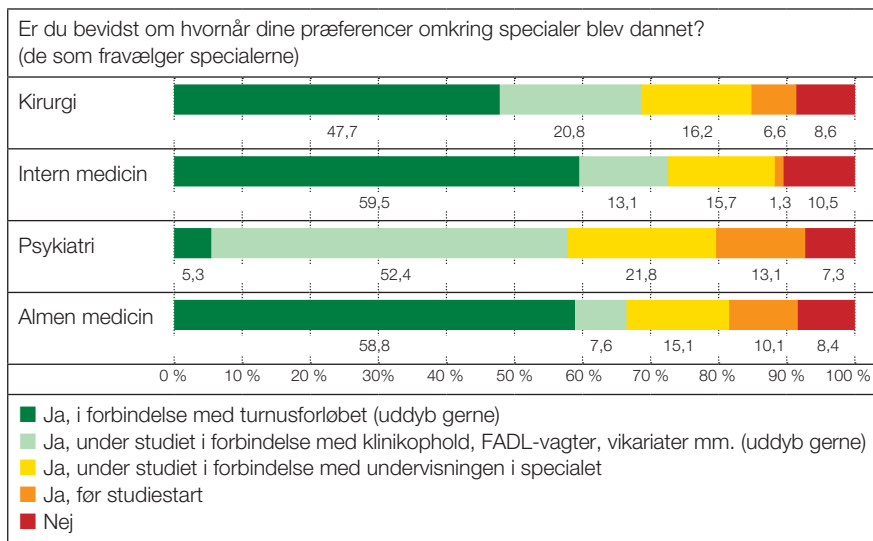
Figur 15. Yngre læger: Tidspunkt for dannelse af positive specialepræferencer.



⁶³ De som her har nævnt klinikophold er sandsynligvis de førnævnte studerende, som har været i præ-klinisk ophold. Med hensyn til FADL-vagter og vikariater ved vi fra interviewundersøgelsen og forstudiet, at det primært er vikariaterne, som har påvirket de studerende positivt, mens FADL-vagterne primært har påvirket negativt (se mere i kapitel 7). Det er således sandsynligt, at det især er vikariater, som her refereres til.

⁶⁴ Som beskrevet i note (note i afsnit 'Hvilke specialegrupper overvejes – og hvilke fravælges?') er kun dem der både har sagt, at de har valgt en introduktionsstilling og har svaret, at de forventer at færdiggøre en speciallægeuddannelse inden for faget medtaget i disse opgørelser.

Figur 16. Yngre læger: Tidspunkt for dannelse af negative specialepræferencer / fravalg.



Som det fremgår af ovenstående figur om de yngre lægers fravalg ses det, at for kirurgi, intern medicin og almen medicin, er det især opholdet i turnus, som har været afgørende for præferencernes dannelse⁶⁵. Mellem 48 og 59 % af de yngre læger mener, at deres foreløbige beslutning om at fravælge specialerne blev formet i forbindelse med turnus. Fravalget af psykiatri derimod blev kun for 6 % vedkommende formet i løbet af turnus. Det skyldes givetvis, at lægerne ikke kommer i turnus i psykiatri. Til gengæld er det over halvdelen af de læger, som har fravalgt psykiatri, som peger på andre ophold i klinikken, som det der har formet deres præference.

Blandt gruppen, der enten har valgt eller overvejer at vælge specialerne, ser billedet en smule anderledes ud. For kirurgi og intern medicins vedkommende er præferencen for specialet i vid udstrækning formet før turnus. Faktisk mener over en tredjedel, at præferencen blev dannet før diverse kliniske ophold i specialet – dvs. før studiestart eller i forbindelse med undervisningen i specialet. Men selvom klinik-relaterede ophold her spiller en mindre rolle, er det fortsat over halvdelen som forbinder præferencedannelsen med enten turnus eller andre kliniske ophold.

I almen medicin forholder det sig omvendt – her spiller turnusforløbet en større rolle for dem, som tilvælger, end for dem, som fravælger specialet. Hele 63 % af dem, som overvejer eller har valgt almen medicin, vurderer, at deres præ-

⁶⁵ I figur 15 er samtlige proportionsforskelle mellem psykiatri og de øvrige specialer statistisk insignifikante – på nær forskellen i svarene 'ja, i forbindelse med klinikophold ...' og 'ja i forbindelse med turnus' mellem psykiatri og almen medicin. I figur 16 er følgende forskelle statistisk insignifikante: 1) Andelen der svarer, at de ingen overvejelser har gjort sig om, hvornår deres præferencer blev dannet for psykiatri sammenlignet med de andre specialer. 2) Forskellen på svaret 'ja før studiestart' for psykiatri sammenlignet med almen medicin. Og 3) Forskellene i svarene om uddannelsens betydning – psykiatri i relation til de tre andre specialer.

ferencer blev dannet i forbindelse med turnus. Yderligere 8 % forbinder præferencen med andre kliniske ophold, så i alt 71 % forbinder præferencedannelsen med klinik-relaterede ophold.

Psykiatri indgår som sagt ikke i turnus. Men alligevel er der 17 %, som vurderer, at deres præferencer for tilvalg af psykiatri blev dannet under turnus. Til sammenligning var det blot 6 % som fravalgte psykiatri under turnus. Det bekræfter billedet af, at turnus i vid udstrækning er med til at præge fravalget af specialer. De læger, som overvejer eller har valgt psykiatri, peger ellers på undervisningen og klinikrelaterede ophold som de to vigtigste faktorer for deres præferencer. Alt i alt betyder det, at for psykiatriens vedkommende er det blot 33 %, som peger på klinikrelaterede ophold i psykiatri som baggrunden for præferencer for specialet.

5.2.3 Turnus – en anledning til fravalg⁶⁶

I afsnittet om tilvalg og fravalg af specialer viste det sig, at de yngre læger i markant højere grad end de studerende har fravalgt specialer. Da det især er erfaringen med turnus, som adskiller de to grupper, er det nærliggende, at oplevelserne fra turnus spiller ind her. Ovenstående analyse af, hvornår præferencer dannes, viste, at for psykiatriens vedkommende er det 17 % af de læger, som havde tilvalgt specialet, der vurderede, at det primært var under turnus, at præferencen var blevet dannet. Selvom dette tal er relativt lavt, er det alligevel overraskende, da turnuslægerne netop ikke kommer på en psykiatrisk afdeling. Således må et tilvalg af psykiatri i løbet af turnus enten forklares med, at det er sket som et fravalg af andre specialer, eller også er det i forbindelse med kontakt til det psykiatriske felt på de afdelinger, hvor turnus er foregået.

I dette afsnit går der derfor bag om disse tal for at se på, hvordan de målrettede psykiatere fra interviewundersøgelsen beskriver indflydelsen fra turnus. Det kan i vid udstrækning underbygge de resultater, der her er fundet i spørgeskemaundersøgelserne blandt studerende og turnuskandidater.

⁶⁶ Med hensyn til turnus betydning for specialevalg, så har Lisbeth Errebo-Knudsen via afholdelse af specialevalgworkshop for praksisreservelæger rådgivet mere end 1.500 yngre læger om specialevalg. Hun vurderer på den baggrund, at de yngre læger generelt ved for lidt trods 18 måneders turnus og at de følgelig træffer deres beslutning på et spinkelt grundlag. Errebo-Knudsens vurdering er, at en lille gruppe har besluttet meget tidligt, helt tilbage til studiestart eller tidligere, og at denne gruppe er kendetegnet ved at have haft stærke rollemodeller, for eksempel forældre. Men en stor og bred gruppe påvirkes af deres erfaringer under studiet. Mødet med den højteknologiske verden og det naturvidenskabelige miljø fascinerer mange, men også de enkelte undervisere kan være med til at præge valget af speciale. Endelig er opfattelsen af specialernes prestige, samt udbuddet og efterspørgslen efter de enkelte specialer også væsentlige faktorer, vurderer Errebo-Knudsen (Albinus 2005).

5.2.3.1 Kirurgi og intern medicin er barske løjer

“Grundlæggende bestyrkede det [turnus, red.] mig i, at det var psykiatrien, men det var nok mere arbejdsforholdene på de medicinske og kirurgiske afdelinger, der gjorde, at jeg var helt sikker på jeg ville være psykiater”.

(interview med målrettet i hoveduddannelse)

I turnus er der lejlighed til at få et indblik i, hvordan der arbejdes konkret med patienter på medicinske og kirurgiske afdelinger og i almen praksis. I interviewundersøgelsen var der enkelte af de målrettede, der syntes, det var spændende at arbejde på en kirurgisk eller en medicinsk afdeling, men flertallet brød sig i mindre grad om måden at arbejde med patienterne, specielt på de kirurgiske afdelinger. Kun en af de målrettede syntes, at både kirurgi og medicin var spændende i turnus. Disse vurderinger hænger sandsynligvis sammen med, at de målrettede psykiatere finder, at de psykiatriske problemstillinger ofte er mere interessante end de somatiske. Der var en række markante udtalelser fra de interviewede om oplevelserne fra turnus på kirurgiske og intern medicinske afdelinger, som kan underbygge, at der sker et fravalg af disse specialer i løbet af turnus.

“For mig var det meget klart, for jeg brød mig ikke ret meget om den måde, de arbejdede med patienterne på. Der kom et knæ her og så tog vi os af knæet. Når patienten sad og græd og var bekymret over, om de kunne klare deres arbejde, og måske et eller andet sted også havde en depression, så skulle jeg bare sige: ‘Jamen det må du gå til din egen læge med’ [lyder hård i stemmen, red.] ‘det kan jeg ikke tage mig af’. Det synes jeg var enormt utilfredsstillende som læge at stå og føle”.

(Interview med målrettet i I-stilling)

Der er dog på baggrund af interviewundersøgelsen også anledning til at stille spørgsmålet, om dette ikke også hænger sammen med den måde yngre læger arbejder på i deres turnusforløb – specielt på sygehusafdelingerne. I interviewene omtales turnus således som en “hård stropetur” og flere har fortællinger om kolleger, der overvejede at opgive at gøre deres turnus færdig.

“Man overlever ikke turnus, hvis der ikke er lidt Tarzan-gen, for det er forfærdeligt at være i turnus. Det er en stropetur. Ingen siger de har haft en fantastisk og givende turnus. Alle uden undtagelse af mine venner og kollegaer siger, det var forfærdeligt”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

For nogle af lægerne er det således en så barsk oplevelse at være i turnus, at de begynder at overveje, om lægegerningen overhovedet er noget for dem.

“Da jeg kom på medicinsk afdeling, blev jeg lidt mere klar over, at jeg hadede at være på medicinsk afdeling så meget, at jeg overvejede, om jeg helt skulle springe fra og gå ind i medicinalindustrien, så jeg ikke behøvede at være læge, men bare kunne nøjes med at være cand.med. Men da blev jeg enig med mig selv om, at jeg hellere måtte prøve at holde ud, fordi jeg faktisk gerne ville det der psykiatri”.
(Interview med målrettet i l-stilling)

Lægen her vurderer, at det var i forbindelse med turnusforløbet på den medicinske afdeling, at hun blev klar over, hvor hun ville specialisere sig – fravalget ledte så at sige til et tilvalg. Fra da af handlede turnus blot om at ‘holde ud’⁶⁷.

5.2.3.2 Klarheden kom med almen praksis

For mange af de målrettede psykiatere, der undervejs havde været i tvivl om, hvad de ville vælge, kom klarheden med almen praksis, fordi de her kom i kontakt med psykiatriske patienter. Det var således typisk dem, der var endt med at have længere samtaleforløb, og dem der var endt med at have patienterne med psykiatriske symptomer:

“Da jeg så kom ud i praksis tegnede det sig helt klart for mig, at når jeg fik de der psykiatriske problemstillinger, så syntes jeg det var spændende. Det fik jeg rig mulighed for, fordi de andre læger syntes, det var lidt tidskrævende. Og der havde jeg en god oplevelse med de psykiatriske afdelinger. Så det understøttede mig i, at det skulle prøves”.
(Interview med målrettet i l-stilling)

⁶⁷ Denne oplevelse af, at turnus på de kirurgiske og medicinske afdelinger var en hård oplevelse kan underbygges med flere citater, som eksempelvis de to nedenstående:

“Det var rigtig skrækkeligt. Det var 16 timers aften, nattevagter uden søvn, hvor jeg nogen gange stod med tre meget, meget dårlige patienter, som jeg selv skulle prøve at tage hånd om. Plus når jeg var på dagarbejde, så var jeg i en akut visitationsafdeling, hvor patienterne kom ind og ud. Jeg havde et kvarter til at gå stuegang på patienter, hvis problemstillinger jeg overhovedet ikke kendte, og hvor jeg havde ansvaret for at visitere dem til den rigtige afdeling. Nogle gange hvis jeg havde tid efter en nattevagt, så gik jeg rundt og læste journaler og fulgte op på patienterne, og så kunne jeg se, at jeg syntes at de var kommet på en forkert afdeling. Der blev ikke taget hånd om det der også var centralt. Der blev kun taget hånd om nyrerne, hvis de kom på en nyreafdeling. Så visitationsarbejdet var ret væsentligt, men jeg syntes ikke jeg havde tid nok eller kompetencer nok til at gøre det ordentligt. Og der var heller ikke et specielt godt klima”. (Interview med målrettet i l-stilling).

“I turnus var man bare en arbejdskraft. Folk havde ikke den store interesse i, at man var der. For man var der kun i et halvt år. Og vi havde jo ikke et valg. Jeg fik at vide en af de første dage jeg var på kirurgisk afdeling, at kvinder hører ikke til på kirurgiske afdelinger. Og hvis jeg bad om hjælp med en patient, så sagde overlægen, jamen det er en blindtarmsbetændelse. Og når jeg så spurgte, hvorfor det var det, sagde han bare, at det var det bare. Jeg kunne ikke forstå, hvorfor de ikke ville forklare mig, hvordan de vidste det var en blindtarmsbetændelse, så behøvede jeg jo ikke at ringe næste gang. Men der var ikke nogen interesse i at forklare og at uddanne. Man skulle bare lave et stykke arbejde og forstyrre mindst muligt”. (Interview med målrettet i l-stilling).

Opsummerende kan det siges, at lægerne i forbindelse med turnus i almen medicin får kontakt med psykiatriske patienter og at det kan påvirke nogle positivt i retning af specialet, mens opholdene i kirurgi og intern medicin i højere grad virker afskrækkende og styrker fravalget af disse specialer.

5.2.4 Kønnets betydning for specialepræferencer

I Yngre lægers 1991-1999 uddannelsesenqueter (Foreningen af Yngre Læger 1999) blev der fokuseret på, hvilke specialer de to køn vælger. Det konkluderedes heraf, at der er følgende forskelle mellem specialerne:

I nogle specialer er der en overvægt af kvinder. Det drejer sig om: Almen medicin, *børne- og ungdomspsykiatri*, *psykiatri*, dermato-venerologi, diagnostisk radiologi, gynækologi og obstetrik, patologisk anatomi, pædiatri og samfundsmedicin⁶⁸. At psykiatri og børnepsykiatri i høj grad er specialer med mange kvinder understøttes af tallene i register over ansøgere til og ansatte i undervisningsstillinger og speciallægeblokstillinger 1998-2001. Specielt inden for børnepsykiatrien, hvor hele 86 % var kvinder imod 60 % inden for voksenpsykiatri (se tabel 2).

Specielt de kirurgiske specialer ortopædkirurgi og kirurgi samt anæstesi, men også flere medicinske specialer, har derimod en overvægt af mænd.

Kvinderne er generelt længere tid om at få undervisningsstillinger end mændene, om end der er tale om en forskel, der er ved at blive indhentet. Kvinderne publicerer og forsker også mindre.

Man undersøgte, om det er kønnet eller forskningen, der har betydning for valget af speciale, og konkluderer, at specialer hvor det overvejende er kønnet, der har betydning er: gynækologi- og obstetrik (kvinder), kirurgi (mænd) og pædiatri (kvinder).

Specialer hvor det overvejende er antallet af publikationer, der har betydning er: Neurologi (høj publikationsgrad), infektionsmedicin (høj publikationsgrad), kardiologi (høj publikationsgrad) og medicinsk endokrinologi (høj publikationsgrad).

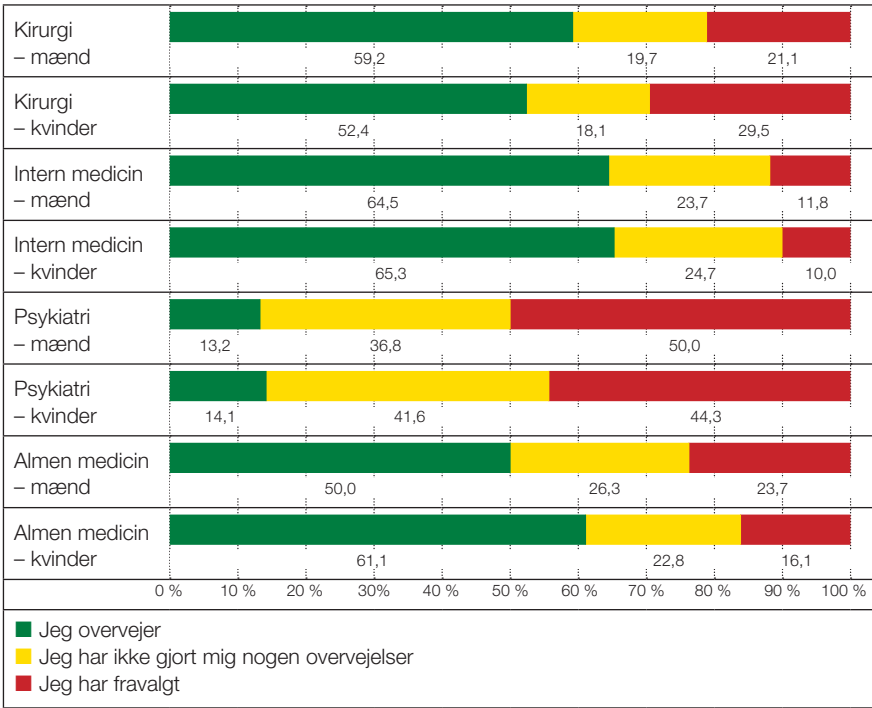
Både voksen og børnepsykiatri er blandt de specialer, hvor både antallet af publikationer og kønnet er af betydning: børne- og ungdomspsykiatri + voksenpsykiatri (kvinder og lav publikationsgrad), psykiatri (kvinder, lav publikationsgrad)⁶⁹.

⁶⁸ Der pegedes derudover i Yngre Lægers 91-99 enquirer på specialer, der ser ud til at blive kvindespecialer: Klinisk genetik, klinisk mikrobiologi, onkologi, geriatri, hæmatologi, allergologi og plastikkirurgi.

⁶⁹ Øvrige specialer hvor både publikationer og køn var af betydning: almen medicin (kvinder, lav publikation) anæstesi (mænd, lav publikation), diagnostisk radiologi (kvinder, lav publikation), intern medicin (mænd, høj publikation, ortopædkirurgi (mænd, lav publikation), plastikkirurgi (kvinder, lav publikation) og kirurgisk gastroenterologi (mænd, lav publikation).

I denne undersøgelse er de studerendes præferencer for specialerne blevet opdelt på køn, hvilket giver følgende billede⁷⁰:

Figur 17. Stud. med. overvejelser om specialevalg – fordelt på køn.



Den internationale forskning peger på samme tendens med hensyn til kønsfordelingen: Der er marginalt flere kvinder end mænd, der vælger psykiatri (Malhi et al. 2002), og begge grupper vokser i løbet af studietiden og i årene umiddelbart efter. (Goldacre et al. 2005) afrapporterer et af de største studier⁷¹, som viser at i gennemsnit 4,1 % af de mandlige studerende og 4,5 % af de kvindelige havde psykiatri som deres førsteprioritet ét år efter (4,3 % i gennemsnit) og tallene var på 3. år efter candidateksamen steget til 4,3 % for mænd og 5,6 % for kvinder (4,9 % i gennemsnit).

Hvis kønsfordelingen inden for psykiatri fortsætter, betyder det i en dansk sammenhæng, hvor antallet af kvindelige læger (og studerende) stiger, at rekrutteringssituationen kan forventes at blive svagt forbedret af den ændrede kønsfordeling på kommende årgange.

5.2.5 Regionale forskelles betydning for specialepræferencerne

I spørgeskemaundersøgelsen blandt de medicinstuderende indgår tre forskellige universiteter: Københavns, Syddansk og Århus Universitet. Et interessant spørgsmål i den sammenhæng er, om interessen for psykiatri varierer

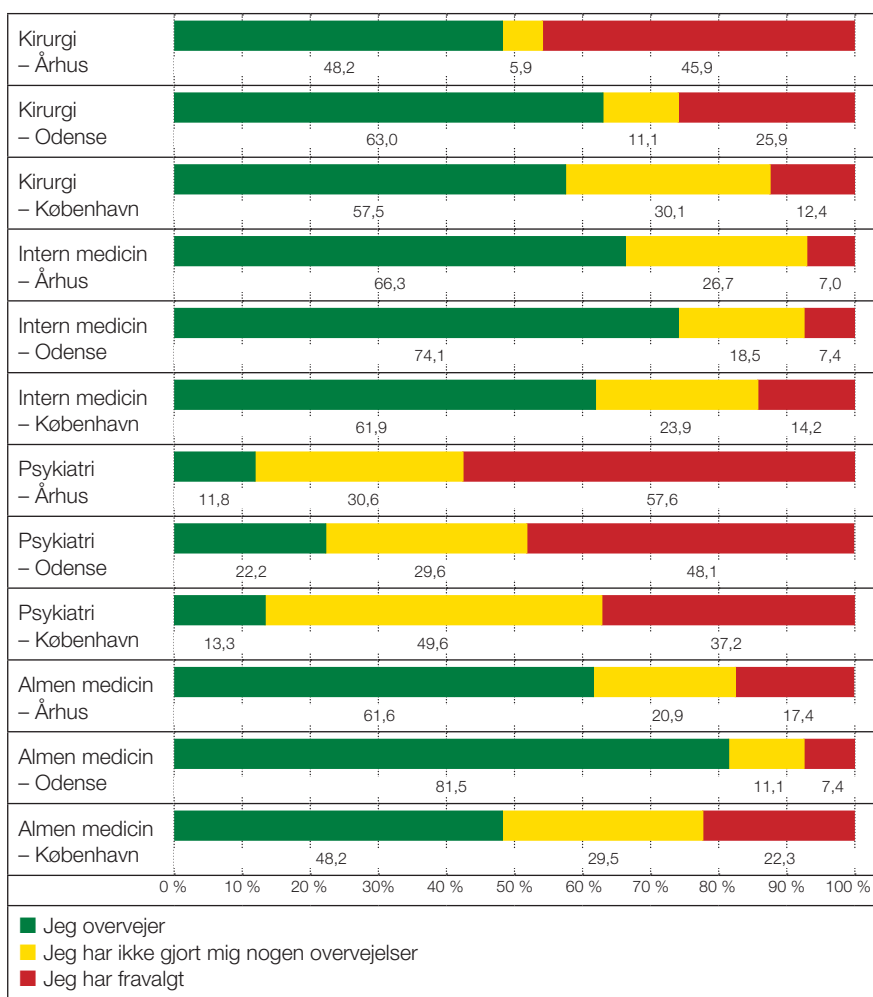
⁷⁰ Forskellene på køn er statistisk insignifikante.

⁷¹ Et stort engelsk kohortestudie, dækkende årgangene 1974, 77, 89, 83, 93, 96, 99 og 2000.

de tre uddannelser imellem. Fra litteraturen vides det, at der kan være store regionale forskelle på, hvor stor interesse de studerende har for psykiatri. Et stort amerikansk studie har således vist, at selvom interessen i løbet af studiet steg på alle universiteterne, så varierede stigningen markant mellem forskellige universiteter. Dette kunne tyde på, at den enkelte uddannelsesinstitution har betydning for dannelsen af præferencer om specialevalg (Weissman et al. 1994).

En opdeling af besvarelserne i dette studie på uddannelsessted viser, at der også i denne undersøgelse er relativt store variationer i de studerendes præferencer for de forskellige specialegrupper, alt afhængigt af uddannelsesstedet:

Figur 18. Stud. med. overvejelser om specialevalg – fordelt på uddannelsessted.



Ses specifikt på psykiatri, overvejer 22 % af de studerende på Syddansk Universitet at vælge psykiatri, mens det er 12 % af de studerende i Århus og 13 % af de studerende i København. Der kan i dette studie ikke siges noget om udviklingen i interessen, men blot konstateres, at der er markante regionale forskelle. Det kan heller ikke konkluderes, at de markante forskelle alene kan henføres til selve uddannelsen. Det skal dog bemærkes, at der er forskelle de tre universiteter imellem på, hvornår undervisning i de forskellige specialer er placeret. I Århus har de fx ikke haft undervisning i psykiatri på besvareles-tidspunktet. Det kan også tænkes, at andre regionale forskelle kan spille ind. Eksempelvis kan antallet og arten af FADL-vagter på psykiatriske afdelinger blandt de studerende de tre steder spille en rolle. Der er ikke i undersøgelsen kontrolleret for sådanne mulige faktorer.

5.3 Hvad er væsentligt for valget af speciale?

De overvejelser om valg, som er beskrevet ovenfor, foretages på baggrund af en afvejning af en hel række faktorer inden for de forskellige specialer. Et interessant spørgsmål i den sammenhæng er, hvilke faktorer de studerende og de yngre læger lægger vægt på, når de skal vurdere, hvilket område de ønsker at specialisere sig inden for. For at kunne besvare dette spørgsmål er alle respondenter blevet bedt om at angive, hvor vigtige forskellige forhold er for dem, når de skal overveje, hvilket speciale de skal vælge.

Det har vist sig, at de to grupper vurderer de 19 faktorer bemærkelsesværdigt ens. Der er således kun enkelte statistisk signifikante forskelle på deres svar ($\alpha = 0,05$). Det drejer sig om betydningen af et godt psykisk arbejdsmiljø, som de medicinstuderende vurderer som væsentligere end de yngre læger (6,51 mod 6,22) og betydningen af gode forskningsmuligheder, som de yngre læger vurderer som væsentligere end de medicinstuderende (4,25 mod 3,73). I nedenstående tabel vises derfor den samlede vurdering af faktorerne for den samlede population af yngre læger og studerende ($n=570$). (For en tabel over de to populationer hver for sig, se: Appendiks D: Supplerende figurer og tabeller side 173). Faktorerne er opstillet i tabellen, så de følger en faldende grad af væsentlighed for specialevalget.

Tabel 19. Studerendes og yngre lægers vurdering af væsentlige faktorer for valg af speciale.

<i>Hvor vigtige er følgende forhold for dig, når du skal overveje, hvilket speciale du vil vælge?</i>	
1) Det kliniske arbejde	6,47
2) At der er mulighed for faglig diskussion med kolleger	6,34
2) At der er et godt psykisk arbejdsmiljø	6,34
4) Det teoretiske/faglige indhold	6,10
4) At der er et godt uddannelsesmiljø	6,10
6) At der er mulighed for fleksibel arbejdstilrettelæggelse	5,37
7) At der er mulighed for at følge patientforløbet (læge-patient kontinuitet)	5,35
8) At der er mulighed for at kunne gennemføre specialedannelsen uden at skulle flytte ofte	5,34
9) At der er mulighed for at opnå intro- og uddannelsesstillinger uden lang ventetid	5,34
10) At der er en høj grad af direkte patientkontakt	5,34
11) Sværhedsgraden af specialet i forhold til egne evner	5,12
12) At der findes effektive behandlingsteknologier	4,76
13) At der er gode indtjeningsmuligheder	4,65
14) At der er en lav vagtbelastning	4,61
15) At der er mulighed for en vagtfri slutstilling	4,52
16) At patienterne er lette at arbejde med	4,20
17) At der er mulighed for at starte privat praksis	4,12
18) At der ikke stilles for høje krav til forskning og publikation	4,10
19) At der er gode forskningsmuligheder	4,05

Note: Skalaen gik fra 7=meget vigtigt til 1=slet ikke vigtigt. N=230 stud med + 356 yngre læger

I den samlede vurdering, såvel som i de to individuelle populationer, tegner der sig et billede af en klar top fem blandt de 19 faktorer. Denne top fem vurderes konsistent i de to populationer og noget højere end samtlige øvrige faktorer (således er der 0,7 ned til nr. 6 på listen). Top fem består af to faktorer relateret snævert til specialet i form af det kliniske arbejde og det teoretisk/faglige indhold, og tre faktorer relateret til hvad man bredt kunne kalde trivsel på arbejdspladsen i form af psykisk arbejdsmiljø, muligheden for faglige diskussioner med kolleger og uddannelsesmiljøet.

Arbejdsmiljø, lægekultur og kollegialitet har været til debat i de seneste år, ikke mindst blandt læger⁷². Dette arbejde må betegnes som berettiget ud fra et rekrutteringssynspunkt i en tid med små årgange, idet psykisk arbejdsmiljø er det allervigtigste for den samlede population af medicinstuderende (Se evt. Appendiks D: Supplerende figurer og tabeller, s.144). Denne vægtning bekræftes kun af, at faktorer som faglige diskussioner med kolleger og uddannelsesmiljø også vurderes som meget væsentlige.

⁷² Et eksempel er bl.a. Lægeforeningens arbejde og publikationer om Lægekultur og Kollegialitet (Den Almindelige Danske Lægeforening 2002).

Det er desuden værd at bemærke, at direkte patientkontakt og muligheden for at følge patienter vægtes meget højt, mens det mere forskningsbetonede vægtes lavere, ligesom det ikke ses som særligt væsentligt, at patienterne er lette at arbejde med.

Om arbejdstilrettelæggelse, er det desuden interessant, at lav vagtbelastning og muligheden for at opnå en vagtfri slutstilling befinder sig helt nede på en 14.-15.plads. Begge dele har været diskuteret i forbindelse med ændringer inden for vagttunge specialer som fx anæstesiologi. Men til gengæld er det vigtigt, at der er mulighed for fleksibilitet i forhold til arbejdstilrettelæggelsen.

Det vurderes, at det er vigtigt, at der ikke er ventetid til uddannelsesstillinger, hvilket dog nok mest må tolkes som et ønske uden afgørende effekt på valget af speciale. De mange ubesatte uddannelsesstillinger i nogle specialer og egne af landet tyder nemlig på, at yngre læger ikke foretager et omvalg for at undgå ventetid: Selve specialet, dets kliniske arbejde og det teoretiske/faglige indhold er begge dele vigtigere, hvilket resultaterne af disse undersøgelser også peger på.

Inspirationen til ovenstående tabels vurdering af væsentlighed i forhold til udvalgte faktorer stammer dels fra den internationale litteratur, dels fra en dansk undersøgelse foretaget af Foreningen af Yngre Læger. Det drejer sig om de såkaldte uddannelsesenqueter, som FAYL gennemførte i perioden 1991-2001. (Resultaterne fra uddannelsesenqueten fra 2001 er vist i Appendiks D: Supplerende figurer og tabeller, side 174). Flere af uddannelsesenquetens spørgsmål går igen i denne undersøgelse. Ikke alle steder er de samme formuleringer anvendt⁷³, hvorfor der ikke kan sammenlignes direkte.

Blandt de spørgsmål, hvor formuleringerne var (næsten) ens, og hvor vurderingerne divergerer, er bl.a. forventet lav vagtbelastning, som i uddannelsesenqueten er nr. 6 ud af 16, mens lav vagtbelastning i denne undersøgelse er nr. 14 ud af 19. En mulig forklaring er, at populationen i uddannelsesenqueten generelt er ældre, både fordi der ikke er studerende med, men også fordi der kun er yngre læger med, som befinder sig tidligt i forløbet. Således tyder dette på, at vagtarbejdet ikke vurderes som værende så stor en byrde under studiet og tidligt i speciallægeuddannelsen, men at billedet ændrer sig senere i uddannelsen.

⁷³ Årsagen til at der ikke er anvendt sammenlignelige formuleringer er, at nogle formuleringer som fx Forventninger til egne evner fra uddannelsesenqueten i denne undersøgelses pilottest, blev vurderet som værende uklare, hvorfor den blev ændret til Sværhedsgraden af specialet i forhold til egne evner.

6. Psykiatriens image blandt yngre læger og studerende

“Jeg tror, folk tror, psykiatri er noget andet, end det er!”

(Forstudieinterview med læge i I-stilling i psykiatri)

Dette kapitel handler om psykiatriens image og dets betydning for rekrutteringen til psykiatrien. Kapitlet bygger primært på resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne blandt medicinstuderende og yngre læger, men trækker også på resultater fra forstudieinterviewene og interviewene med de målrettede, kommende psykiatere.

I spørgeskemaundersøgelsen er begrebet ‘image’ blevet operationaliseret ved at spørge til respondenternes opfattelse af de fire brede specialegrupper (intern medicin, kirurgi, almen medicin og psykiatri) med hensyn til 14 forskellige variable omhandlende prestige, faglige aspekter, uddannelsesmæssige aspekter, arbejdsforholdene samt patientarbejdet. Spørgsmålet er således ikke kun, hvordan psykiatri vurderes, men i højere grad hvordan opfattelsen af psykiatri umiddelbart *adskiller* sig fra opfattelsen af de øvrige specialer.

I analysen af resultaterne fra denne del af spørgeskemaerne har det vist sig, at de studerendes og de yngre lægers opfattelse af specialegrupperne er relativt ens. I dette kapitel vil resultaterne derfor for overskuelighedens skyld blive fremstillet for begge grupper samlet ($n=570$). (For en tabel over de to populationer hver for sig, se: Appendiks D: Supplerende figurer og tabeller side 175). Af forskelle i vurderinger mellem medicinstuderende og yngre læger kan her nævnes, at de medicinstuderende ser lidt mere positivt på det teoretiske og kliniske indhold i psykiatrien, men at de vurderer, at patienterne er lidt sværere at arbejde med og anser patientforløbene for at være lidt længere.

6.1 Billeder af psykiatrien i tidligere undersøgelser

Dette afsnit ser nærmere på forskellige undersøgelser af opfattelserne af psykiatrien i Danmark såvel som i internationale studier.

Angående lægmandsopfattelsen af psykiatri, så ved vi ikke meget om, hvad danskernes billede af psykiatrien er. Men et studie blandt en repræsentativ befolkningsgruppe i England bad folk placere et større antal (ikke udelukkende lægelige) karrieremuligheder på baggrund af flere forskellige teoretiske dimensioner. Her viste det sig, at de lægelige specialer kirurgi & anæstesi på den ene side og psykiatri på den anden udgjorde hver sin yderpol på dimensionen

“realistisk” vs. “social” og “ting” vs. “mennesker”, hvor sidstnævnte faktorer var dem, der blev stærkest associeret med opfattelsen af psykiatri. (Petrides et al. 2004).

Et studie baseret på tre spørgeskemaundersøgelser på mellem 1100 og 2900 engelske medicinstuderende, der begyndte i hhv. 1981, 1986 og 1991, peger på to ting. For det første, at nogle specialer korresponderer klarere end andre med den teoretiske baggrundsmodels seks typer af karrierer: Kirurgi korresponderer med “realistisk”, Intern medicin med “investigativ”, *public health* med “social”, administrativ medicin med “iværksætter”, laboratoriespecialer med “konventionel” og psykiatri med “kunstnerisk”. En af undersøgelsens konklusioner om de studerendes opfattelse af psykiatrien er:

“Psychiatrists, and also General Practitioners, have a more artistic approach to medicine, seeing, interpreting and responding imaginatively to a range of medical, social, ethical and other problems. The emphasis in many ways is on the uniqueness of the patient, the ideas that they are expressing, and the psycho-social theories and concepts which are necessary for interpreting the individual”.
(Petrides et al. 2004)

Et amerikansk studie undersøgte 223 nystartede medicinstuderendes holdning til psykiatri som muligt speciale og fandt, at mere end 25 % helt udelukkede en mulig karriere i psykiatri, inden de begyndte. Samtidig placerede de studerende systematisk psykiatri lavest (blandt specialerne almen praksis, intern medicin, pædiatri, gynækologi/obstetrik, kirurgi og psykiatri) med hensyn til en lang række parametre relateret til specialets attraktivitet. (Feifel et al. 1999).

Andre eksempler på den samme generelle tendens er et australsk studie blandt 655 studerende, der ligeledes peger på, at det mindst attraktive aspekt af psykiatrien blandt respondenterne, var specialets mangel på prestige i lægelige kredse, samt hvad de studerende opfattede som en generel mangel på videnskabelig fundering af specialet. (Malhi et al. 2002).

Som antydnet findes der en del litteratur om emnet. Ovenstående indfanger nogle af de mest centrale og konsistente tendenser i denne brede og primært spørgeskemabaserede internationale litteratur: Psykiatri er anderledes end mange af de somatiske fag. Det er ikke et hard core biomedicinsk eller et forskningstungt fag. Dette passer som nævnt i udredningskapitlet ganske godt overens med den konkrete situation i Danmark. Billedet er i stedet, at psykiatri er et fag orienteret mod begreber som “social”, “kunstnerisk”, og at psykiatri er et speciale med lav prestige.

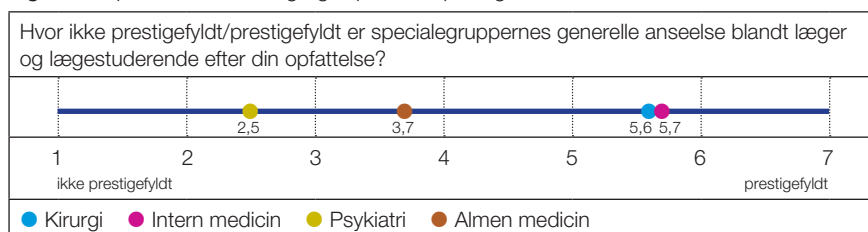
6.2 Specialernes prestige

“Det kan godt afskrække en fra at vælge psykiatri, det med: hvad ville folk så tænke om mig. Der er ligesom en bestemt rolle og prestige forbundet med at være læge. Og det er egentlig mærkeligt, men rollen psykiater er ikke det samme som læge. Selvom det jo er en læge”.

(Forstudieinterview med en medicinstuderende)

Såvel i litteraturen som i forstudieinterviewene gentages det, at psykiatri anses for at være et markant mindre prestigefyldt speciale end andre specialer. Som det indledende citat bl.a. illustrerer, kan et speciales anseelse påvirke lægernes overvejelser i forbindelse med specialevalget, og det er derfor interessant at få belyst, i hvor høj grad psykiatriens anseelse adskiller sig fra de øvrige specialer. I spørgeskemaundersøgelsen har vi derfor bedt de studerende og de yngre læger vurdere, hvor prestigefyldt de fire specialegrupper generelt anses for at være:

Figur 20. Opfattelsen af de lægelige specialers prestige.



Som det fremgår af ovenstående figur er spredningen stor og psykiatri ligger markant lavere (2,5) end intern medicin og kirurgi (5,7 og 5,6). Almen medicin anses ikke for at være særlig prestigefyldt, men med en score på 3,7 er det stadig væsentligt bedre end psykiatri. Resultatet af denne undersøgelse er således en entydig bekræftelse af, at psykiatrien anses for at være markant mindre prestigefyldt end de øvrige specialer.

6.3 Fagligt og uddannelsesmæssigt image

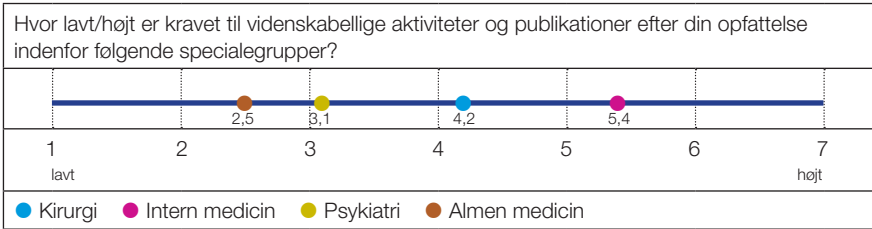
Respondenterne i spørgeskemaundersøgelserne blev bedt om at vurdere specialegrupperne fagligt og uddannelsesmæssigt på fem områder: Kvaliteten af *uddannelsesmiljøet*, kravene til den *videnskabelige aktivitet*, hvor interessant specialet er *klinisk og teoretisk*, samt hvor effektive *behandlingsmulighederne* inden for specialet er.

6.3.1 Videnskabelige krav

Respondenterne opfatter de videnskabelige krav inden for psykiatri som værende lave. I spørgeskemaerne scorer psykiatri her 3,1. Dog vurderes kra-

vene inden for almen medicin endnu lavere (2,5). Intern medicin vurderes at have de højeste videnskabelige krav (5,4), og dernæst kirurgi (4,2).

Figur 21. Opfattelsen af videnskabelige krav inden for specialerne.



Denne opfattelse bekræftes af udredningen, hvor det fremgår, at psykiatri er et af de specialer, hvor lægerne har forsket mindst, før de begynder deres uddannelse. Hvorvidt opfattelsen af psykiatri, som et speciale med lave videnskabelige krav, påvirker søgningen til specialet negativt er dog langt fra entydigt. I interviewene med de målrettede peges der således på, at der er fordele forbundet med de lave krav. Det er eksempelvis nemmere at få en stilling og man behøver ikke “at skrive en ph.d. om et emne, man ikke interesserer sig for, for at få en stilling”, som en af de målrettede, kommende psykiatere udtrykte det.

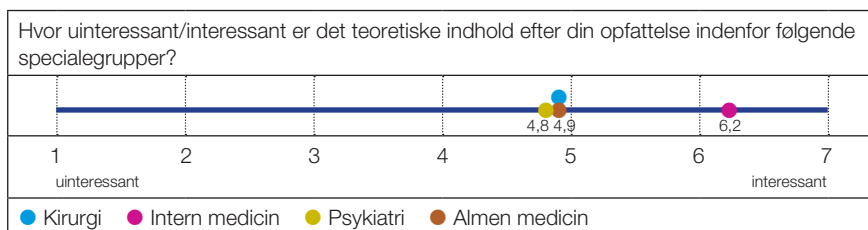
Det er dog muligt, at forskningsniveauet kan påvirke psykiatriens anseelse negativt, og sandsynligvis er dette en medvirkende faktor til opfattelsen af psykiatri som mindre prestigefyldt. Angående sammenhængen mellem prestige og forskningskrav, er det værd at bemærke, at selvom kravet til videnskabelige aktiviteter og publikation anses for at være endnu lavere inden for almen praksis, vurderer respondenterne alligevel, at dette speciale er betydeligt mere prestigefyldt end psykiatri.

6.3.2 Det teoretiske indhold

Det teoretiske indhold i det psykiatriske speciale opfattes generelt ret positivt. I såvel spørgeskemaundersøgelsen som i interviewene vurderes det teoretiske indhold som værende interessant. De studerende og de yngre læger vurderer således psykiatri til at være lige så interessant som kirurgi og almen medicin⁷⁴. De tre specialer har næsten enslydende middeltal (4,8-4,9). Intern medicin opfattes dog med en score på 5,2 som det markant mest teoretisk interessante.

⁷⁴ Forskellene mellem psykiatri og både kirurgi og intern medicin er her statistisk insignifikante.

Figur 22. Opfattelsen af det teoretiske indhold i specialerne.

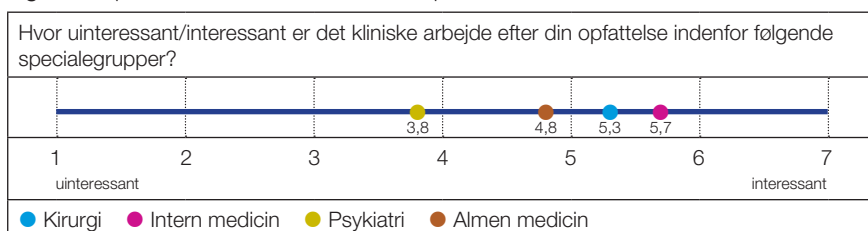


I forrige kapitels analyse af, hvad der var væsentligt for valget af speciale, blev netop specialernes faglige/teoretiske indhold fremhævet, som et af de områder, som er mest centrale for valget af speciale. Det må således ses som en af psykiatriens styrker, at det opfattes som et spændende fagligt område.

6.3.3 Det kliniske arbejde

Det kliniske arbejde i psykiatrien vurderes til gengæld som mindre interessant. Det scorer blot 3,8, hvilket er det laveste af de fire specialegrupper. Arbejdet i intern medicin ses som mest interessant (5,7), derefter kirurgi (5,3) og almen medicin (4,8).

Figur 23. Opfattelsen af det kliniske indhold i specialerne.



Der skelnes således både i spørgeskemaundersøgelserne og i forstudieinterviewene mellem, hvorvidt specialet er teoretisk set spændende og hvorvidt det er spændende at arbejde med i klinikken. Der er mange, der synes psykiatri teoretisk set er mere spændende, end det kliniske arbejde inden for psykiatrien er:

“Sygdomsmæssigt er det jo teoretisk set spændende. Men det er noget andet at stå med i virkeligheden”.
(Forstudieinterview med yngre læge i l-stilling i et andet speciale end psykiatri)

Netop det kliniske indhold er det, der opfattes som det suverænt mest væsentligt for valget af speciale i forrige kapitel. Dette er selvfølgelig tanke-vækende, idet respondenternes viden om det kliniske arbejde i psykiatrien er markant lavere, end den er for de øvrige specialer. Det skyldes primært, at psykiatri ikke indgår i turnus, og at de studerende fik stillet dette spørgsmål inden klinikopholdet i psykiatri. Hertil kommer, at psykiatrien ofte har en or-

ganisatorisk placering, som er adskilt fra de øvrige sygehusspecialer. Denne problemstilling omtales af de målrettede psykiatere i interviewene. Psykiatriens placering og organisering og dens betydning for opfattelsen af psykiatri behandles i kapitlet om de målrettede inden for speciallægeuddannelsen i voksenpsykiatri.

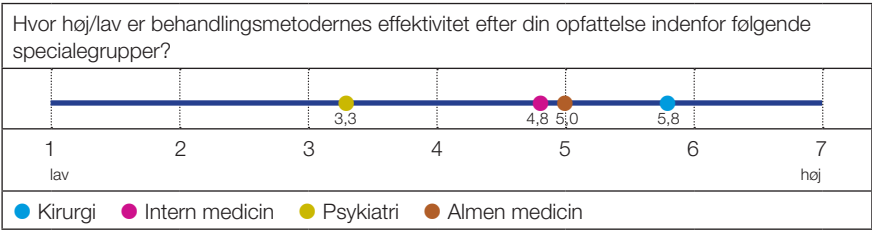
6.3.4 Behandlingsmetodernes effektivitet

“Man kan jo alligevel ikke gøre noget for dem [de psykiatiske patienter, red.]”.

(Forstudieinterview med læge i I-stilling inden for et andet speciale)

Et af problemerne med det kliniske arbejde i psykiatrien anses for at være behandlingsmetodernes manglende effektivitet.

Figur 24. Opfattelse af behandlingsmetodernes effektivitet inden for specialerne.



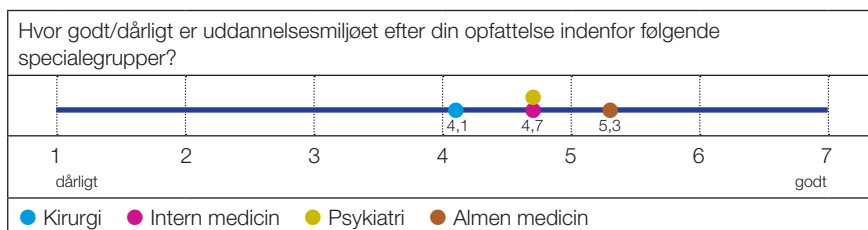
Således scorer psykiatri markant lavere (3,3) end alle tre andre specialegrupper. De anses alle for at have relativt effektive behandlingsteknologier, om end kirurgien med 5,8 vurderes til at have nogle meget effektive metoder.

Interviewstudiet viser, at de målrettede er meget bevidste om, at dette billede af psykiatrien eksisterer. De møder det ofte og har mange fortællinger om situationer, hvor de har mødt denne holdning blandt studerende og andre læger. De målrettede psykiatere opfatter i vid udstrækning dette som en holdning, der bunder i uvidenhed og fordomme. De fremhæver de forskelle, der kan gøres for mange af de psykiatiske patienter som værende væsentlige og ofte mere betydningsfulde for patienternes livsforløb end eksempelvis at få kureret en lungebetændelse.

6.3.5 Uddannelsesmiljøet

Uddannelsesmiljøet inden for det psykiatiske speciale er det forhold, som respondenterne har haft sværest ved at vurdere. Lidt over halvdelen har svaret ‘ved ikke’.

Figur 25. Opfattelsen af uddannelsesmiljøet inden for specialerne.



Af de respondenter som svarer, vurderes uddannelsesmiljøet inden for psykiatrien til at være pænt over middelt (4,7). I sammenligning med de andre specialegrupper rangerer psykiatri over kirurgi, på linie med intern medicin⁷⁵ og under almen medicin.

6.4 Opfattelsen af patienterne inden for specialerne

Hvad angår patienterne inden for psykiatrien, er dette et emne, der skiller vandene alt efter, om den enkelte finder, at arbejdet i psykiatrien er interessant eller ej. Således var det i forstudieinterviewene og interviewene med de målrettede markant, at de, der overvejede psykiatri, eller var ved at uddanne sig til psykiatere, alle fandt, at de psykiatriske patienter var spændende at arbejde med. Omvendt var netop de psykiatriske patienter for nogle den primære årsag til, at de mente, at de aldrig ville kunne vælge psykiatri:

“Jeg er ikke skruet sammen til det. Jeg er ikke til bindegale mennesker”.

(Forstudieinterview med yngre læge inden for andet speciale)

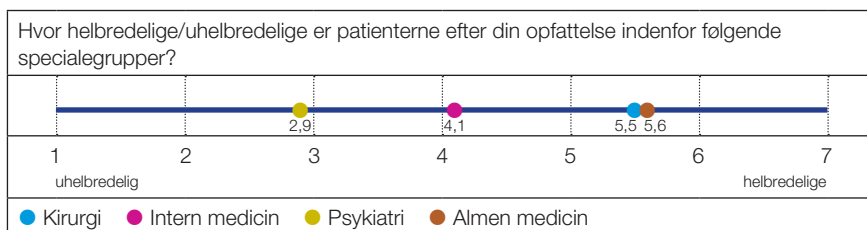
I spørgeskemaundersøgelserne blev de studerende og de yngre læger bedt om deres opfattelse af, hvad der kendetegner patienterne inden for de forskellige specialegrupper. Vi bad dem vurdere patienternes helbredelighed, længden på patientforløbene, hvor svære patienterne er at arbejde med og hvor meget kontakt lægerne har med dem inden for specialegrupperne. Som det vil fremgå af de følgende afsnit viser besvarelsene, at de psykiatriske patienter opfattes som markant anderledes end patienterne inden for de øvrige specialer.

6.4.1 Helbredelighed

De psykiatriske patienter opfattes som værende betydeligt mindre helbredelige end patienterne inden for alle de andre specialegrupper. Med en score på 2,9 vurderes den typiske psykiatriske patient at være mere svær at helbrede. Til sammenligning bliver de internmedicinske patienter vurderet til 4,1 og patienterne inden for almen praksis og kirurgi fik scorer på henholdsvis 5,5 og 5,6.

⁷⁵ Forskellen på psykiatri og intern medicin er her statistisk insignifikant.

Figur 26. Opfattelsen af patienternes helbredelighed.

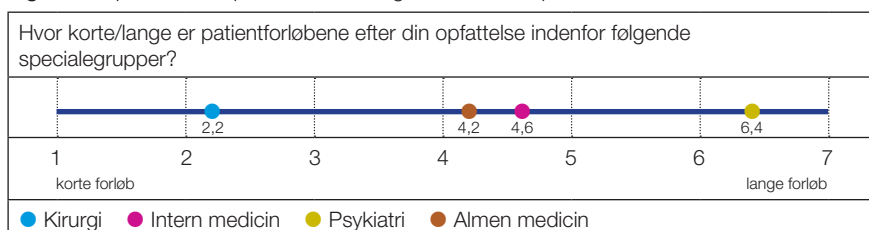


Dette resultat korresponderer med spørgsmålet om effektive behandlingsmetoder. Derfor er det ikke overraskende, at de målrettede psykiatere i interviewundersøgelsen også udtrykte uenighed med denne opfattelse. Efter deres mening bliver de psykiatriske patienters (u)helbredelighed ofte vurderet for negativt af andre læger, og det er deres opfattelse, at der også findes mange kroniske og uhelbredelige patienter i andre specialer. Samtidig er de også meget bevidste om, at uhelbredeligheden er en del af psykiatriens image, og de bliver ofte mødt med bemærkninger fra andre læger, der handler om psykiatriske patienters uhelbredelighed.

6.4.2 Patientforløbene

Længden på patientforløbene inden for psykiatrien bliver i spørgeskemaundersøgelsen vurderet som ekstremt lange. Således scorer psykiatri 6,4. Også inden for intern medicin og almen medicin vurderes patientforløbene at være relativt lange (4,6 og 4,2 henholdsvis). Kun de kirurgiske patientforløb anses for at være relativt korte (2,2).

Figur 27. Opfattelsen af patientforløbslængden inden for specialerne.

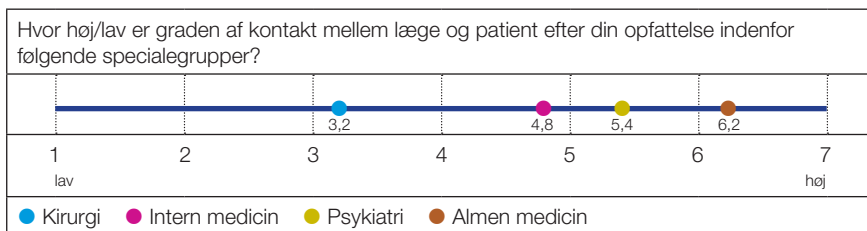


I forstudieinterviewene var der en del af dem, der ikke var interesserede i at vælge psykiatri som speciale, der vurderede, at den lange og intensive patientkontakt med de psykiatriske patienter var et minus. Omvendt forholdt det sig i forstudieinterviewene med dem, der var interesserede i psykiatri eller havde valgt psykiatri og i interviewene med de målrettede psykiatere. Her fremhævedes netop det at have god tid i patientkontakten og den høje grad af kontinuitet i patientkontakten som et stort plus i psykiatrien.

6.4.3 Patientkontakt

Kontakten mellem læge og patient vurderes i spørgeskemaundersøgelserne som værende høj på det psykiatriske område. Med en score på 5,4 er det kun almen medicin, som scorer højere med 6,2. På det internmedicinske område vurderes kontaktniveauet til 4,8, mens kirurgerne menes at have en relativt lav kontakt til patienterne med en score på 3,2.

Figur 28. Opfattelsen af graden af patientkontakt inden for specialerne.

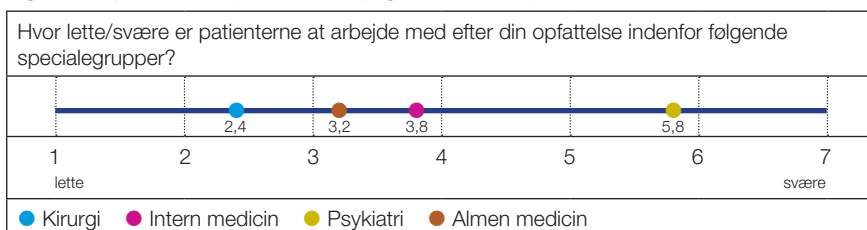


Opfattelsen af psykiatri som værende et speciale med en høj grad af patientkontakt og lange patientforløb må vurderes som positivt, hvis det sammenholdes med de faktorer, som tillægges væsentlighed i relation til valget af speciale, som beskrevet i forrige kapitel. Her fremhæves både 'muligheden for at følge patientforløbet' og 'høj grad af direkte patientkontakt', som to af de vigtigere faktorer (om end de ikke indgår i top fem).

6.4.4 Patienternes 'tyngde'

Når det kommer til patienternes 'tyngde' – hvilket her vil sige, hvor lette eller svære patienterne er at arbejde med – så er vurderingen også meget markant. Respondenterne vurderer, at de psykiatriske patienter er endog meget svære at arbejde med:

Figur 29. Opfattelsen af patienternes 'tyngde' inden for specialerne.



Psykiatri får her scoren 5,8, mod de kirurgiske patienters middelværdi på 2,4. Patienterne i almen medicin kommer efter med 3,2 og dernæst patienterne i intern medicin med 3,8.

På trods af, hvad man umiddelbart skulle tro, er det heller ikke her entydigt, hvorvidt denne vurdering har en positiv eller en negativ indflydelse på lægernes valg af speciale. Denne faktor blev af de studerende og de yngre læger vurderet til at være relativt uvæsentlig for deres valg af speciale i forrige kapi-

tel. I interviewundersøgelserne er der også her tale om et spørgsmål der deler vandene, idet de, der ikke er interesserede i at vælge psykiatri, *ikke* mener, at de har “temperament” eller “psyke” til at vælge at arbejde med psykiatriske patienter, som nogle respondenter formulerede det. De mener, at der ofte er tale om “håbløse tilfælde”, som “man alligevel ikke kan gøre noget for”. De anser det for at være et problem, at man i psykiatrien “skal bruge sin egen person så meget”.

Blandt de interesserede og målrettede forholder det sig omvendt. De bliver *netop* tiltalt af den måde, man skal bruge sin egen person på. Og de mener generelt ikke, at de psykiatriske patienter er sværere at arbejde med end andre slags patienter. Der er dog to områder, hvor også de målrettede mener, at patienterne kan være svære at arbejde med i psykiatrien. Det ene område er tvang og efterfølgende klager og det andet er trusler om vold.

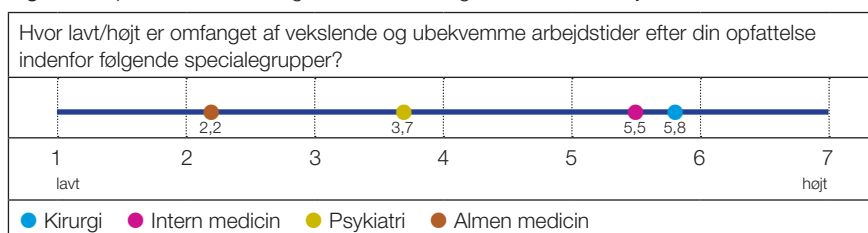
6.5 Opfattelsen af arbejdsforholdene inden for specialerne

I spørgeskemaundersøgelserne vurderede de studerende og de yngre læger arbejdsforholdene inden for følgende fire emner: omfanget af *vekslende og ubekvemme arbejdstider*, *psykisk arbejdsmiljø*, omfang af tværfagligt *samarbejde* og *indtjeningsmulighederne*.

6.5.1 Vekslede og ubekvemme arbejdstider

Omfanget af vekslende og ubekvemme arbejdstider vurderes vom værende relativt begrænset inden for psykiatrien. Almen medicin anses for at have de mest bekvemme arbejdstider (2,1). Psykiatri vurderes til at være det hospitalsspeciale med de mest bekvemme arbejdstider (3,7), mens kirurgi og intern medicin vurderes at have markant mere ubekvemme arbejdstider (5,5 og 5,7).

Figur 30. Opfattelsen af omfanget af vekslende og ubekvemme arbejdstider.



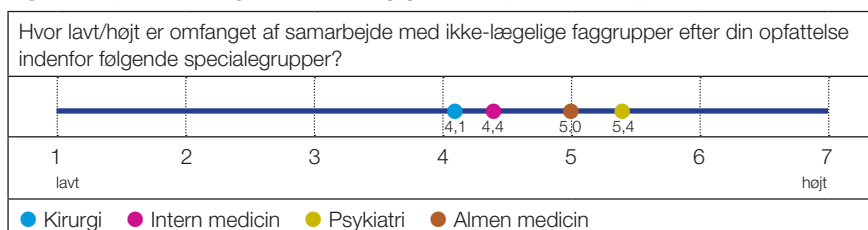
Der har været megen diskussion af lægers vagtarbejde – både i relation til indholdet i det, behovet for det, uddannelsen af læger i vagt, fordelingen af det (vagtpyramiden) og den ændrede overlægerolle gennem de senere år, hvor overlæger i nogle specialer går mere i vagt. Dette både som resultat af ændrede arbejds- og uddannelsesformer, men også som konsekvens af, at lægedemografien har ændret sig således, at der er langt flere speciallæger

pr. yngre læge i dag end for 15-20 år siden. I forbindelse med rekrutterings-spørgsmålet er det imidlertid værd at bemærke, at de yngre læger og de studerende ikke vægter hverken lav vagtbelastning eller en vagtfri slutstilling specielt højt, som det fremgik af forrige kapitels analyse af, hvad der var vigtigt for valget af speciale.

6.5.2 Tværfagligt samarbejde

Det tværfaglige samarbejde ses generelt som ret højt inden for alle specialerne. Det vurderes dog allerhøjest inden for det psykiatriske speciale (5,4). Interessant nok vurderes det tværfaglige samarbejde i almen medicin at være højere end i intern medicin og kirurgi.

Figur 31. Opfattelsen af graden af tværfagligt samarbejde inden for specialerne.



Hvorvidt meget eller lidt tværfagligt samarbejde anses for at være et gode eller ej berøres dog ikke i dette spørgsmål. I forstudieinterviewene og i skrivelserne om psykiatrien i Ugeskrift for Læger har det tværfaglige samarbejde været bragt op som noget, der kan virke afskrækkende for de yngre læger i psykiatrien og være med til at mudre billedet af, 'hvem der er lægen' i psykiatrien, og hvad hendes/hans rolle er i forhold til de andre faggrupper. Disse indvendinger handler dog mere om rollefordeling og indholdet i det tværfaglige samarbejde, end om selve omfanget af det, som er det, der her er spurgt til.

6.5.3 Indtjeningsmuligheder

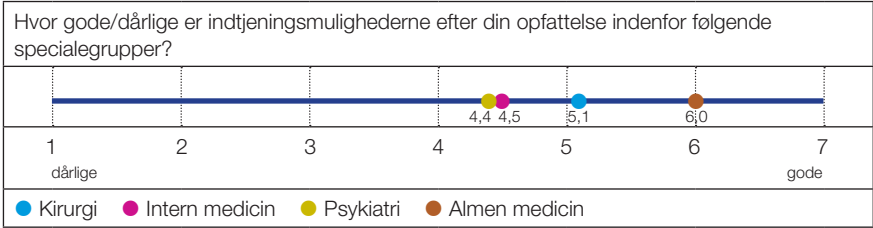
"Psykiatri er ikke et rationelt valg. Det er et spændende speciale, men det er ikke noget jeg bliver rig af eller får gode arbejdsforhold af".

(Forstudieinterview med yngre læge, der overvejer at vælge psykiatri)

Blandt de fire undersøgte specialegrupper vurderes indtjeningsmulighederne som dårligst inden for psykiatri og intern medicin (henholdsvis 4,4 og 4,5⁷⁶). Her giver almen medicin ifølge de studerende og de yngre læger de bedste muligheder (6), mens kirurgi også anses for at give relativt gode muligheder for indtjening (5,1).

⁷⁶ Forskellen er her statistisk insignifikant.

Figur 32. Opfattelsen af indtjeningsmulighederne inden for specialerne.



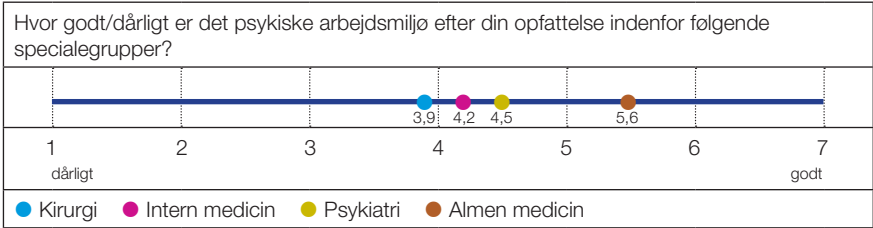
Imidlertid var indtjeningsmulighederne heller ikke blandt de faktorer, som respondenterne i forrige kapitel vurderede til at være særligt væsentlige i relation til deres valg af speciale.

6.5.4 Psykisk arbejdsmiljø

Som vi så i forrige kapitel var psykisk arbejdsmiljø en af de væsentlige faktorer i relation til valget af speciale generelt set.

De studerende og de yngre læger vurderer det psykiske arbejdsmiljø i psykiatrien til over middel med en score på 4,5. Igen scorer almen medicin bedst (5,6). Det psykiske arbejdsmiljø på intern medicin vurderes en lille smule dårligere end psykiatri (4,2), mens kirurgi menes at have det dårligste psykiske arbejdsmiljø (3,9):

Figur 33. Opfattelsen af det psykiske arbejdsmiljø inden for specialerne.



Respondenterne vurderer det psykiske arbejdsmiljø i psykiatrien pænt, og det bekræftes af de målrettede i interviewundersøgelsen, som mener, at der er mere humor og rummelighed i psykiatrien. Det er her, de som yngre læger har følt sig mest velkomne. (For uddybning af denne diskussion se særskilt kapitel om de målrettede).

Det er interessant at sammenligne opfattelsen af psykisk arbejdsmiljø med et par af de tidligere spørgsmål. Ser vi fx på opfattelsen af patienternes tyngde (hvor svære – lette de er at arbejde med), mente respondenterne, at patienterne var væsentligt sværere at arbejde med inden for psykiatrien, end inden for de andre specialer. Ser vi på et par af de andre spørgsmål om image vurderer respondenterne, at patienterne i tillæg til at være særdeles svære at arbejde med, også er stort set uhelbredelige, behandlingsmetoderne har den absolut laveste effektivitet og indtjeningsmulighederne er de dårligste.

Når det psykiske arbejdsmiljø samtidig vurderes som værende det bedste blandt de tre hospitalsspecialer tyder det på, at psykisk arbejdsmiljø ikke relateres primært til patienterne – fx illustreret ved hvor svære disse er at arbejde med. Dette tyder på, at psykisk arbejdsmiljø i højere grad relateres til kollegaer og andre arbejdsforhold. Dette understøttes også af, at almen medicin menes at have det suverænt bedste psykiske arbejdsmiljø. Blandt de generelle faktorer, der adskiller almen medicin fra hospitalsspecialerne, er, at specalet er rent ambulant og at patienterne følgelig er mindre og ikke så akut syge. Desuden arbejder den praktiserende læge i en langt mindre organisation blandt langt færre kollegaer. Hvilken betydning disse forhold har for vurderingen af psykisk arbejdsmiljø konkret, er denne undersøgelse imidlertid ikke designet til at sige noget om.

6.5.5 Flere brikker i det samlede billede af psykiatri

Ovenstående har tegnet et billede af psykiatrien beskrevet via 14 faktorer og set relativt i forhold til andre specialegruppers image. Imidlertid er der via interviewundersøgelserne dukket andre brikker op, som er med til at tegne billedet af psykiatriens image. Denne analyse af psykiatriens image afsluttes derfor med en kort gennemgang af disse.

Fysisk arbejdsmiljø var et af de temaer som viste sig, til trods for at undersøgelsen ikke inkluderede dette tema. Alligevel er der to temaer relateret til fysisk arbejdsmiljø, der er dukket op i interviewene. Det første er mængden af cigaretrøg på psykiatriske afdelinger, der af flere blev bragt op under forstudieinterviewene som noget, der opleves som et dårligt arbejdsvilkår. Der fortælles specielt om oplevelser fra FADL-vagter, hvor de som studerende har siddet i røgfyldte lokaler, "hvor alt er fedtet ind i gul nikotin". Det andet tema er af en ganske anden karakter, og er bragt op af de målrettede. Dette tema handler om, at der generelt er bedre kontorfaciliteter inden for psykiatrien, end inden for andre hospitalsspecialer.

Ligeledes i interviewundersøgelserne fremkom et andet tema, som i højere grad handler om psykiaterne end om psykiatrien. I interviewene var det tydeligt, at også psykiaterne selv anses for at have bidraget til psykiatriens "dårlige image" i lægeverdenen. I forstudieinterviewene blev psykiatere således blandt andet betegnet som nogle "snakkehoveder", som nogle der "ser anderledes ud" og som nogle "der opfører sig anderledes". På spørgsmålet om, hvordan man ser en psykiater, lød et af svarene:

"Det er en småkikset person, der går rundt i sin egen verden og ser besynderlig ud. Er kikset klædt, har fodformet fodtøj og er halv-excentrisk".

(Forstudieinterview med medicinstuderende)

En anden opfattelse, som ofte gentages om psykiaterne er, at det kan være svært at kende forskel på dem og patienterne:

“Der er en masse tabuer omkring psykiske sygdomme. Det er sådan lidt uhyggeligt og mystisk. Ja, det virker alt sammen sådan lidt mystisk. Man har lidt indtryk af, at alle, der arbejder med det, er lidt mystiske. At det er godt at lægerne har navneskilte på for at kunne adskille dem fra patienterne”.

(Forstudieinterview med medicinstuderende)

Hvad disse konkrete opfattelser bunder i, kan denne undersøgelse ikke pege på, men blot konstatere, at de eksisterer, og at de også er en del af psykiatriens image – såvel som de undersøgte faktorer. (se i øvrigt også afsnit 8.3.6 om ‘B-holdet’ i kapitlet om interviewundersøgelsen med de målrettede).

7. Effekten af møderne med psykiatrien

I dette kapitel analyseres betydningen af forskellige konkrete møder med psykiatrien, som medicinstuderende og yngre læger har. Herunder hvilke konsekvenser disse møder har for respondenternes opfattelse af psykiatrien, deres interesse for specialet og muligheden for, at de vil vælge en speciallægeuddannelse i psykiatri.

I forstudiet pegede de interviewede på to slags 'møder' med psykiatrien, som værende særligt vigtige for det indtryk, de som (kommende) læger fik af psykiatrien. Det første var klinikopholdet i psykiatri. Det andet var de studerendes FADL-vagter psykiatrien. En meget stor del af de studerende har tidligt i deres studie oplevelser med psykiatri via FADL-vagterne. Relativt konsekvent viste forstudiet, at disse FADL-vagter havde en stor betydning for de studerendes og lægernes holdning til psykiatrien.

Udover disse to 'møder', er der identificeret en række andre direkte og indirekte møder med psykiatrien, som påvirker holdningen til psykiatri hos (kom-mende) læger.

7.1 Klinikophold i psykiatri

"Det betyder rigtig, rigtig meget for ens indtryk af et specialeområde, hvordan ens klinikophold har været".

(Forstudieinterview med medicinstuderende)

Som det fremgår af ovenstående citat pegede nogle af personerne i forstudiet på, at klinikopholdene er af meget stor betydning for, hvordan læger opfatter de forskellige lægelige specialer. Denne tendens blev der også fundet belæg for i litteraturstudiet. Som beskrevet i 'Appendiks A: Læger og lægeuddannelsen' består klinikopholdet af fire ugers praktik på en psykiatrisk hospitalsafdeling. Afhængig af studiested er klinikopholdet placeret på 9. eller 10. semester. Under klinikopholdet får de studerende undervisning af lægerne på afdelingerne. De studerende skal deltage i de aktiviteter, der indgår i en læges arbejde på en psykiatrisk afdeling. Der er mødepligt under klinikopholdet, og opholdet evalueres efterfølgende med udtalelser fra lægerne på afdelingen (bestået/ikke-bestået).

Der er små variationer i målbeskrivelserne for disse klinikophold. Men i det store og hele er målene de samme de tre steder i landet. I målbeskrivelsen fra Odense universitet er formålet beskrevet som følger:

- Den studerende skal efter praktikopholdet selvstændigt kunne: optage psykiatrisk journal, udføre psykiatrisk undersøgelse, vurdere behov for og iværksætte tvangsindlæggelse, vurdere suicidalfare, identificere de almindeligste psykiatriske sygdomme, skriftligt og mundtligt fremstille et patient-problem.
- Den studerende skal efter praktikopholdet under supervision kunne udføre: samtale med patient, behandling af de almindeligste psykiatriske sygdomme – medicinering mv., ordinere, tolke prøver, udføre undersøgelser og medicinering.
- Den studerende skal efter praktikopholdet have erhvervet færdigheder, der muliggør kommunikation med patienter med alvorlig psykisk sygdom, person/familie i krise, pårørende og samarbejdspartnere.
- Den studerende skal efter praktikopholdet kunne forholde sig til: problemet omkring patientens autonomi i forhold til tvangsbehandling, kulturens indflydelse på psykiatriske og adfærdsmæssige forstyrrelser, psykiatriens specielle behov for tværfagligt samarbejde, samt være i stand til at reflektere over egen kompetence.

De studerende får således principielt mulighed for selvstændigt at prøve kræfter med psykiatrien i klinikken under klinikopholdet.

7.1.1 Litteraturen om betydningen af klinikophold i studietiden

De kliniske ophold er væsentlige elementer i den prægraduale uddannelse. Imidlertid viser litteraturgennemgangen ikke noget entydigt resultat med hensyn til, hvilken effekt kliniske ophold under studiet har på de medicinstuderendes opfattelse af psykiatri, og dermed også hvilken effekt opholdet har på stabiliseringen af deres specialepræferencer og deres senere valg af speciale⁷⁷. Flere amerikanske studier peger dog klart på at de studerendes

⁷⁷ Et Australsk studie (Galletly, Schrader, Chesterman & Tsourtos 1995) har specifikt undersøgt effekten af medicinstuderendes fire ugers kliniske ophold (*clerkship*) på et psykiatrisk hospital under det 6. og sidste studieår. 158 ud af 188 medicinstuderende i klinikophold besvarede både et spørgeskema før og efter det kliniske ophold, og således var designet sammenligneligt med denne undersøgelse. Tesen var, at mødet med de kroniske psykiatriske patienter ville påvirke de studerendes attitude til psykiatri, herunder deres overvejelser om fremtidigt karrierevalg. Imidlertid fandt dette studie ingen signifikante ændringer i de studerendes attitude til psykiatri, målt som hhv. deres opfattelse af psykiatere, af psykiatriske patienter, og af psykiatri som 'fagdisciplin'. Andre studier undersøger den prægraduale undervisning mere bredt og finder tilsvarende, at denne har lille eller ingen effekt på de medicinstuderendes attitude til psykiatri og psykiatriske patienter (Calvert et al. 1999). Dette studie ender således med at anbefale, at i fald de studerendes opfattelse af psykiatri som mulig karrierevej skal påvirkes i nævneværdigt omfang i positiv retning, så skal det ske på et langt tidligere tidspunkt i studiet, og ikke først på 6. år. Et på mange måder sammenligneligt studie af 94 engelske medicinstuderende kom derimod frem til et andet resultat: De engelske studerende besvarede ligeledes et spørgeskema hhv. før og efter et otte ugers klinikophold i psykiatri, og deres generelle attitude til psykiatri havde ændret sig signifikant i positiv retning – faktisk så meget at andelen af studerende, der overvejede at specialisere sig i psykiatri steg fra 6 til 17 % efter klinikopholdet (Wilkinson, Greer & Toone 1983). Hvorvidt denne effekt er varig, kan studiet derimod ikke svare på. Andre studier peger ligeledes på, at kliniske ophold har en positiv effekt på de studerendes opfattelse af psykiatrien (Augustinos et al 1985 og Wilkinson et al 1983 samt Creed & Goldberg 1987 alle citeret i (Galletly et al. 1995). Hvorvidt denne effekt er varig, kan studiet derimod ikke svare på. Andre studier peger ligeledes på, at kliniske ophold har en positiv effekt på de studerendes opfattelse af psykiatrien (Augustinos et al 1985 og Wilkinson et al 1983 samt Creed & Goldberg 1987 alle citeret i (Galletly et al. 1995).

generelle oplevelser af de kliniske ophold (i både positiv og negativ forstand) er af stor betydning for deres senere karrierevalg (Kirchner & Owen 1996; Lee et al. 1995; Sierles et al. 2003).

Variationerne i litteraturens vurdering af kliniske opholds betydning, kan selvfølgelig skyldes den type af forbehold, som er diskuteret i relation til anvendelsen af international litteratur: Der sammenlignes på tværs af kulturer, lande, tid, typer af studieordninger samt forskelle i konkret indhold og organisering af de kliniske ophold. Den konklusion, som kan drages på baggrund af litteraturen, er, at meget peger på, at kliniske ophold kan have betydning for de studerendes syn på de forskellige lægelige specialer, og at de kliniske ophold i psykiatri kan have positiv indvirkning på psykiatriens image og på præferencer for psykiatri. Der er derfor god grund til at undersøge om, og i så fald hvilke effekter klinikopholdene i psykiatri har på de medicinstuderende i Danmark.

7.1.2 Hvordan vurderes klinikopholdet i psykiatri af de studerende?

Først vil vi kort se på, hvordan de studerende vurderer selve klinikopholdet. I spørgeskemaet, som de studerende modtog, efter de havde været i klinik i psykiatri, blev de bedt om at evaluere opholdet på en række parametre. I nedenstående tabel fremgår de studerendes svar.

Tabel 34. Studerendes vurdering af væsentlige faktorer for valg af psykiatrisk speciale i forbindelse med klinikophold.

<i>Hvordan vurderer du følgende områder efter dit klinikophold i psykiatri?</i>	
I hvor høj grad følte du dig velkommen (1= Lidt, 7= Meget)	6,0
Omfanget af din kontakt til lægerne under opholdet (1= Lille, 7= Stort)	5,7
Omfanget af din kontakt til plejepersonalet under opholdet (1= Lille, 7= Stort)	5,6
Hvor fagligt lærerigt var opholdet for dig (1= Lidt, 7= Meget)	5,3
Hvor velorganiseret var klinikopholdet (1= Lidt, 7= Meget)	5,2
De fysiske rammer i afdelingen (1= Dårlige, 7= Gode)	4,9

Note: N= 160 studerende som har besvaret begge skemaer

Som det fremgår af tabellen, vurderes klinikopholdet generelt meget positivt. Alle fem faktorer vurderes til langt over middel – kun de fysiske rammer på afdelingerne vurderes ikke til over fem på skalaen fra et til 7. De studerende føler sig således meget velkomne på de psykiatriske afdelinger. De mener, at klinikopholdene er lærerige og velorganiserede, og de vurderer, at de har stor kontakt til såvel læger som plejepersonale under opholdet. Denne vurdering af klinikopholdet som overvejende positivt genfinder vi i langt de fleste af de interviews som vi har foretaget:

“Vi blev godt modtaget og fik lov til at være med. Det var helt klart der jeg tænkte, at det her kunne jeg godt. Og så også forelæsningsne og bogen det var rigtig spændende”.

(Interview med målrettet i introduktionsstilling til psykiatri)

“Da jeg var på det kliniske ophold kunne jeg se, at det var noget helt andet end FADL-vagterne. Og at det faktisk var rigtig sjovt. Det var der jeg begyndte at blive interesseret i psykiatri. Der var nogle meget engagerede mennesker, der virkelig formåede at formidle, hvor sjovt deres fag var”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Flere af de målrettede pointerede således at netop klinikopholdet var det første møde, som fik vakt deres interesse for psykiatri.

7.1.3 Klinikopholdene påvirker vurderingen af psykiatriens image

“Alle studerende har den holdning, at de [psykiaterne, red.] er bare nogle snakkehoveder. Men der blev både jeg og de andre positivt overraskede på klinikopholdet. De var nu alligevel læger. Der fik man en vis respekt for det”.

(Forstudieinterview med yngre læge efter turnus)

I kapitel fem og seks har vi analyseret de studerendes overvejelser om valg af speciale samt specialernes image. Disse analyser er baseret på spørgeskemaer, som de studerende har udfyldt umiddelbart før, de skulle i klinikophold i psykiatri. For at undersøge om og hvordan klinikopholdet påvirker de studerendes opfattelser af psykiatrien er de studerende blevet bedt om at besvare præcis de samme spørgsmål om psykiatrispecialets image og deres overvejelser vedrørende valg af psykiatri én gang til, efter de har været i klinikophold i psykiatri. I dette afsnit vil vi se på, i hvilket omfang klinikopholdet har ændret de studerendes vurdering af psykiatri, og i det næste afsnit vil vi se på, hvordan de studerendes intentioner i forhold til valget af speciale er blevet påvirket af klinikopholdet.

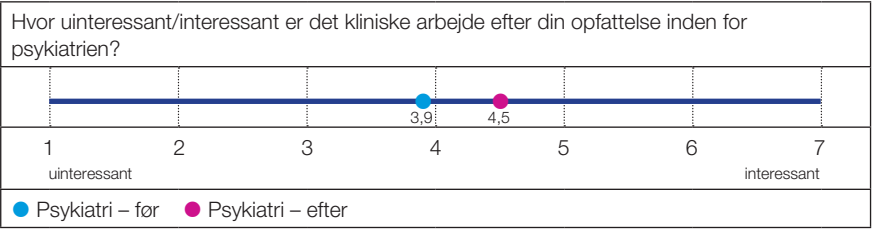
De studerende er blevet bedt om at vurdere psykiatrispecialet på en række parametre inden for det faglige og uddannelsesmæssige, patienterne og arbejdsforholdene inden for specialet. De vurderinger de medicinstuderende er kommet med før klinikopholdet er inden for nogle af disse parametre ændret i løbet af klinikopholdet, mens vurderingen har vist sig stabil inden for andre af områderne. Vi vil her kun behandle de områder, hvor klinikopholdet har vist sig at have effekt⁷⁸.

⁷⁸ Der er her benyttet de bagvedliggende statistiske beregninger til at finde de områder, hvor klinikopholdene har påvirket de studerendes vurderinger i en signifikant grad ud fra såvel en Wilcoxon som en 'ordered probit' test.

Den gruppe, som ligger til grund for disse analyser af klinikopholdets effekt på de studerendes holdninger, består udelukkende af de medicinstuderende, som har besvaret såvel før som efter-skemaet (n=160). Derfor vil de før-tal, som benyttes i analyserne, ikke være identiske med de tal, som er benyttet i kapitel fem og seks, hvor analyserne baseres på alle besvarelser fra de medicinstuderende og fra de yngre læger (n=570) (læs mere i appendix B om spørgeskemaundersøgelsens gennemførelse – herunder svarprocenter for de forskellige respondentgrupper).

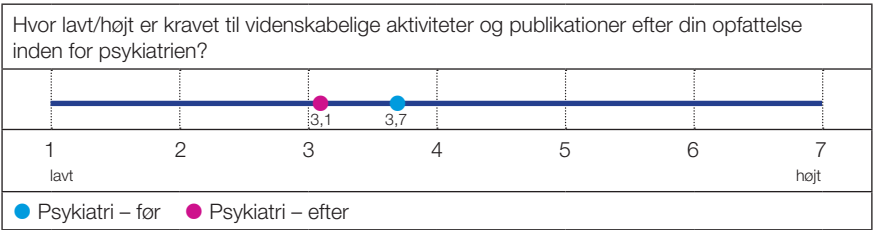
I forhold til psykiatrispecialets **faglige og uddannelsesmæssige** faktorer, så vurderede de studerende før klinikopholdet, at det kliniske arbejde i psykiatrien er det klart mindst interessante af de fire specialegrupper. Som det fremgår af figur 35: Opfattelsen af det kliniske indhold i psykiatri, vurderes psykiatri før klinikopholdet til 3,9, mens det efter klinik var steget til 4,5. Netop vurderingen af det kliniske arbejde er vigtig, da det er dette område, der tillægges størst betydning, i relation til valget af speciale (se afsnit 5.3).

Figur 35. Opfattelsen af det kliniske arbejde inden for psykiatri.



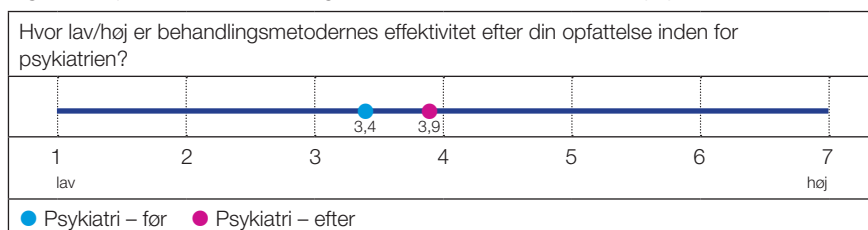
Ligeledes vurderes det teoretiske indhold mere positivt efter klinikopholdet (i gennemsnit 5,3 mod før 5,0). Denne forskel er statistisk signifikant ifølge en Wilcoxon test men insignifikant ifølge en 'ordered probit' test (se afsnit 2.2.4). Før klinikopholdet blev kravene til det videnskabelige arbejde inden for psykiatrien vurderet til lave af de studerende. Kun inden for almen medicin mente de studerende, at kravene var mindre. Som det fremgår af figur 36: Opfattelsen af kravet til videnskabelige aktiviteter og publikationer inden for psykiatri, har klinikopholdet forstærket denne opfattelse. De studerende anser kravene til det videnskabelige arbejde for at være endnu mindre end de gjorde før klinikopholdet.

Figur 36. Opfattelsen af kravet til videnskabelige aktiviteter og publikationer inden for psykiatri.



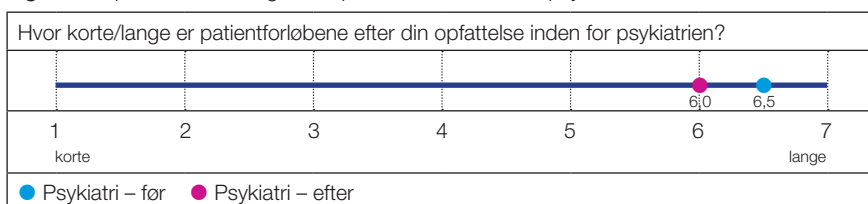
Jf. afsnit 5.3 tillægges spørgsmålet om de videnskabelige krav mindre betydning i forhold til specialevalget. I det omfang det betyder noget, er det ikke entydigt, om det er positivt eller negativt. På den ene side kan opfattelsen af specialet som ikke særligt videnskabeligt anlagt bidrage til specialets lave anseelse. På den anden side kan det også opfattes som positivt, at det ikke er nødvendigt at skulle præstere en del forskningsmæssigt for at få lov til at arbejde inden for specialet. Vi så i afsnit 6.3.4, at de studerende vurderer, at psykiatrispecialet er det speciale, som suverænt har de mest ineffektive behandlingsteknologier. Efter klinikopholdet har de studerende et lidt mere positivt syn på effektiviteten af behandlingen end før, hvor den gennemsnitlige værdi er steget fra 3,4 til 3,9:

Figur 37. Opfattelsen af behandlingsmetodernes effektivitet inden for psykiatri.



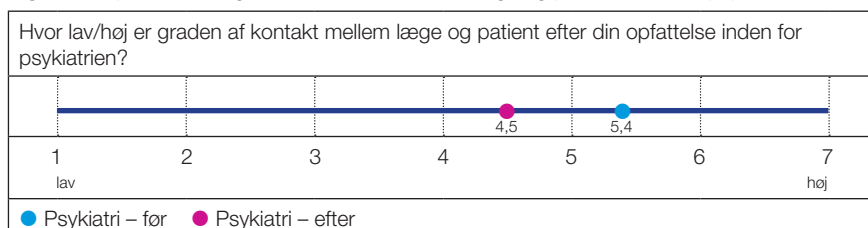
De studerende har også ændret deres vurdering af patienterne i det psykiatriske speciale. Efter klinikopholdet vurderer de studerende således patientforløbene til at være kortere end før klinikopholdet. De studerende vurderer dog stadig forløbene til at være meget lange.

Figur 38. Opfattelsen af længden af patientforløb inden for psykiatri.



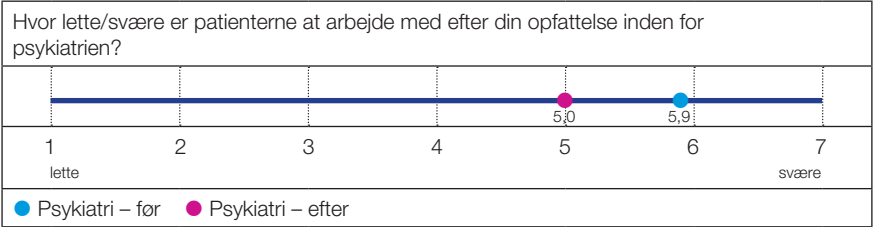
Graden af kontakt mellem læge og patient vurderede de studerende relativt højt i før-undersøgelsen. Efter klinikopholdet bliver omfanget af kontakten vurderet en del lavere.

Figur 39. Opfattelsen af graden af kontakt mellem læge og patient inden for psykiatri.



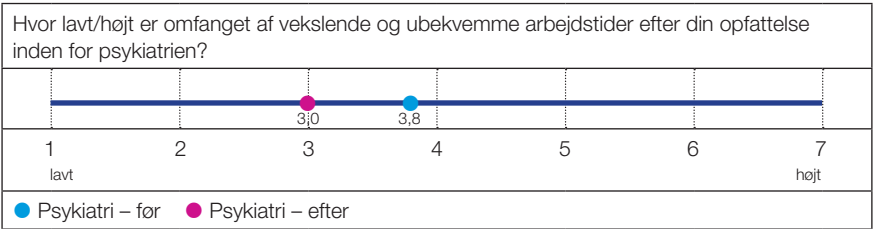
Endelig er der spørgsmålet om, hvor svære patienterne er at arbejde med. Her har de studerende også ændret opfattelse, og mener efter klinikopholdet ikke at patienterne er så svære at arbejde med, som de antog før opholdet.

Figur 40. Opfattelsen af patienternes ‘tyngde’.



Når det kommer til spørgsmålene vedrørende arbejdsforholdene inden for psykiatrispecialet har de studerende stort set ikke ændret deres opfattelse i løbet af klinikopholdet. Det er således kun på spørgsmålet om, hvor stort omfanget af ubekvemme og vekslende arbejdstider er, at de studerende i nævneværdig grad har ændret opfattelse:

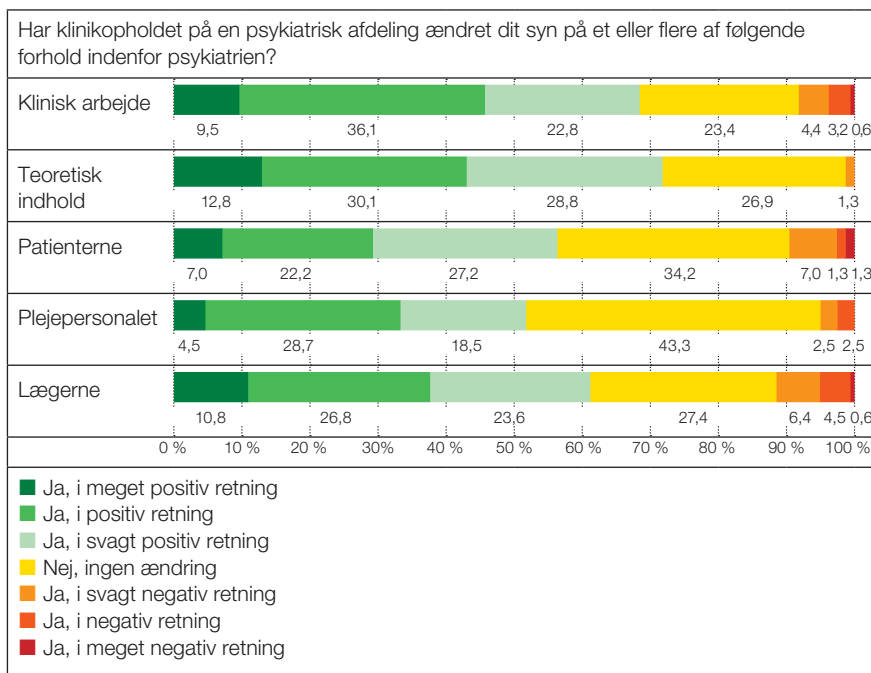
Figur 41. Opfattelsen af omfanget af vekslende og ubekvemme arbejdstider.



Samlet set viser svarene, at klinikopholdet påvirker opfattelsen af specialet på en række af de undersøgte faktorer. Ændringerne er dog alt i alt relativt små. Sammenlignes med de imagemålinger der blev præsenteret i kapitel 6, (hvor der både indgik studerende og yngre læger), så har forskydningerne forårsaget af klinikopholdet kun i enkelte tilfælde ændret placeringen af psykiatri i forhold til de tre andre specialegrupper.

Hvor ovenstående sammenligninger af før- og eftermålinger giver et indirekte indblik i klinikopholdets effekt, er dette også blevet belyst direkte ved at spørge de studerendes, om de har ændret opfattelse af en række emner inden for det psykiatriske område:

Figur 42. Effekter af klinikopholdet i psykiatri for stud. med.



De studerende vurderer, at klinikopholdet har påvirket deres syn på psykiatrien i positiv retning inden for samtlige fem områder. Mest interessant er det, at de studerendes syn på det kliniske arbejde og det teoretiske indhold markant er blevet påvirket i positiv retning. Således mener 68 % af de studerende, at deres syn på det kliniske arbejde er blevet påvirket i positiv retning, mens 72 % mener, at deres syn på det teoretiske indhold i specialet er blevet påvirket i positiv retning under klinikopholdet. Kun henholdsvis 8 % og 1 % vurderer, at deres syn på det kliniske arbejde og det teoretiske indhold er blevet påvirket i negativ retning.

Også når man ser på de forskellige persongrupper, som de studerende har mødt på de psykiatriske afdelinger, er de studerendes syn blevet påvirket i en positiv retning under klinikopholdet. Det er således 56 %, som ser mere positivt på patienterne. Det er 52 %, som ser mere positivt på plejepersonalet og det er 61 %, som efter klinikopholdet har ændret syn på lægerne i en positiv retning. Langt færre studerende har fået et mere negativt syn på disse grupper (op til 12 %).

Alt i alt viser spørgeskemaundersøgelserne blandt medicinstuderende, at klinikopholdene i psykiatri påvirker de studerendes opfattelser af det psykiatriske område i en meget positiv retning. De interview som blev gennemført både i forstudiet og i forbindelse med interviewene med de målrettede på psykiatriuddannelsen bekræfter dette indtryk. Langt de fleste af de interview-

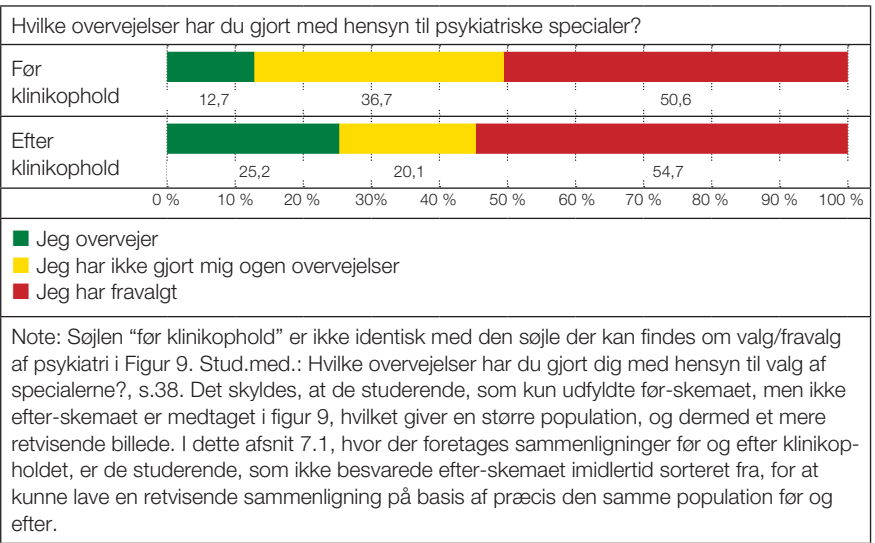
wede omtaler klinikopholdene som et møde med psykiatrien, hvor interessen for specialet blev styrket. Følgende citat fra en medicinstuderende viser, hvor hurtigt opfattelsen af et speciale kan ændre sig på et vellykket klinisk ophold:

“Før jeg kom i klinik kunne jeg simpelthen ikke fatte at folk kunne finde på at tage et vikariat på et psykiatrisk hospital. Det måtte da være farligt og ubehageligt. Jeg kunne virkelig SLET ikke forestille mig, hvad der kunne få folk til det. Men da jeg havde været herude i to dage spurgte jeg allerede overlægen om de måske havde noget ledigt i sommerferien. Og nu har jeg fået et vikariat til sommer”.
(Forstudieinterview med medicinstuderende)

7.1.4 Klinikopholdene påvirker muligheden for valg af psykiatri

I dette afsnit vil vi se nærmere på, om disse ændrede opfattelser også giver sig udslag i en ændring i de intentioner om specialevalg, som de studerende har givet udtryk for.

Figur 43. Valg af speciale – stud. med. før og efter klinikophold i psykiatri.



Som det fremgår af figuren, har klinikopholdet haft en klar effekt på de studerendes specialepræferencer i relation til psykiatri. For det første er andelen af studerende, som ingen overvejelser har gjort sig med hensyn til de psykiatriske specialer faldet markant – fra 37 % til 20 %. Samtidig er såvel andelen af studerende, som har fravalgt de psykiatriske specialer, som andelen der overvejer et psykiatrisk speciale, steget. Disse resultater indikerer, at klinikopholdet i høj grad er med til at fremskynde specialevalgsprocessen.

Det fremgår også af figuren, at denne påvirkning for psykiatri vedkommende primært er positiv. Således er andelen af studerende, som fravælger psykiatri, kun steget med begrænsede fire procentpoint, svarende til 8 %.⁷⁹ Til gengæld er antallet af studerende, som overvejer et psykiatrisk speciale efter klinikopholdet, steget med 12,5 procentpoint, svarende til 98 %, hvilket må siges at være endog meget markant.

Går man bag om tallene og ser på de bevægelser, der har været i de studerendes intentioner om specialevalg i løbet af klinikopholdet i psykiatri, viser der sig nogle interessante detaljer. Således er stigningen i antallet, som overvejer et psykiatrisk speciale langt fra blot hentet fra den gruppe af studerende, som før klinikopholdet ikke havde gjort sig nogen overvejelser om specialet. De 25 % af de studerende, som overvejer et psykiatrisk speciale efter klinikopholdet, repræsenterer i alt 39 studerende. Af disse 39 studerende havde de 12 be-svaret det tilsvarende spørgsmål før klinikopholdet med, at de havde fravalgt de psykiatriske specialer, svarende til ca. 30 %. Dette giver anledning til tre vigtige observationer omkring de studerendes intentioner om specialevalg. For det første bekræfter det, at intentioner og præferencer på dette tidspunkt i specialevalgsprocessen er meget ustabile. Når 30 % af de studerende på blot fire uger kan ændre holdning fra at have fravalgt et speciale til at overveje at vælge det, må de intentioner, som de studerende på dette tidspunkt i processen giver udtryk for, generelt siges at være meget påvirkelige. For det andet indikerer dette, at klinikopholdet kan være ret virkningsfuldt i forhold til at påvirke de studerendes intentioner. Klinikopholdet er ikke 'blot' det sidste nøk, der kan overbevise en studerende om et givet speciale. Det kan rent faktisk overbevise studerende, som på forhånd mente, at de havde fravalgt specialet, om at overveje det. For det tredje og mere specifikt i forhold til rekrutteringen til psykiatri betyder dette, at selvom studerende eller yngre læger giver udtryk for at have fravalgt de psykiatriske specialer, er det absolut ikke ensbetydende med, at der i rekrutteringsøjemed ikke bør fokuseres på de studerende / yngre læger, som ikke har en særlig interesse for psykiatri⁸⁰.

Den del af de studerende, som overvejer psykiatri, er også blevet bedt om at vurdere, hvor sikre de er på disse intentioner. Som vi så i afsnit 5.1.3 var de studerende generelt relativt usikre på de intentioner om valg, som de havde tilkendegivet før klinikopholdet. Efter klinikopholdet er der en meget svag stigning i, hvor sikre de studerende føler sig⁸¹. De studerende er altså

⁷⁹ Denne forskel er statistisk insignifikant.

⁸⁰ I appendiks D vises en tabel over samtlige bevægelser i besvarelsen af dette spørgsmål fra før til efter klinik.

⁸¹ De 12,7 % af de studerende, som før klinikopholdet overvejede et psykiatrisk speciale vurderede disse intentioner til gennemsnitligt 3,75 på en skala fra 1-7, hvor 7 er helt sikker og 1 er meget usikker. Efter klinikopholdet bliver graden af sikkerhed blandt de 25,2 % som overvejer et psykiatrisk speciale vurderet til 3,83. Denne forskel er dog statistisk insignifikant.

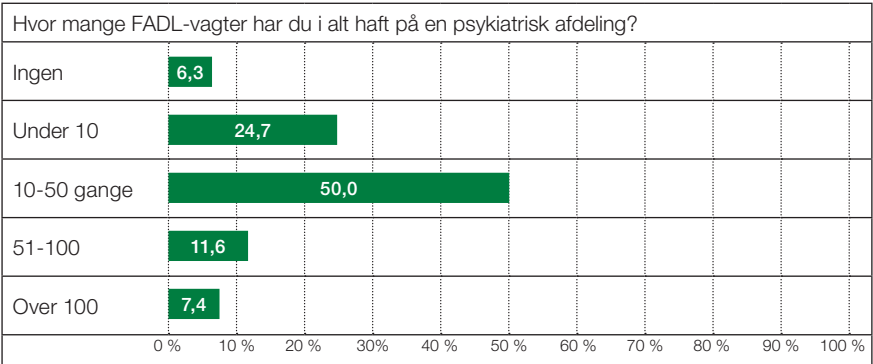
fortsat ret usikre på deres intentioner efter klinikopholdet. Dette bekræfter konklusionen om, at de studerendes intentioner på dette tidspunkt er meget foreløbige, usikre og påvirkelige. Men det kan på denne baggrund også konkluderes, at på trods af, at antallet, som overvejer at vælge psykiatri, er fordoblet i løbet af klinikopholdet, så har det ikke bevirket, at de studerende gennemsnitligt er mere usikre i disse overvejelser.

7.2 FADL-vagternes betydning for dannelsen af præferencer

“FADL-vagter kunne godt virke afskrækkende. De kunne godt ses som en væsentlig årsag til, at folk ikke vælger psykiatri”.
(Forstudieinterview med yngre læge efter turnus, der overvejer psykiatri).

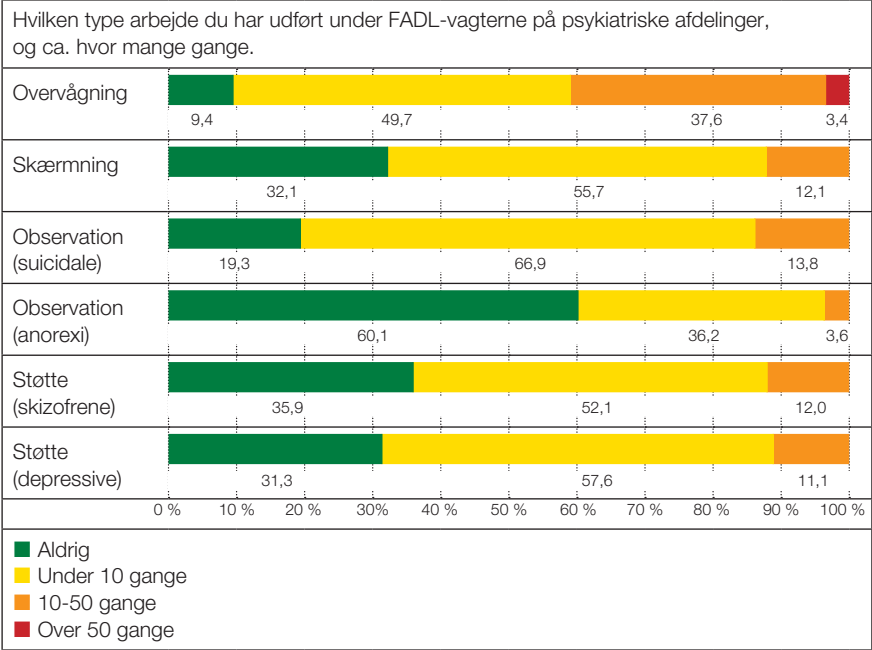
Det er meget almindeligt, at medicinstuderende arbejder i FADLs vagtbureau. Således har 84 % af de studerende svaret, at de har arbejdet i FADLs vagtbureau. Ud af dem, er det kun 6 %, der ikke har haft vagter på psykiatriske afdelinger, hvilket betyder, at 79 % af de studerende har haft FADL-vagter på psykiatriske afdelinger. Vagterne fordeler sig med følgende frekvens:

Figur 44. Frekvensen af FADL-vagter i psykiatri blandt medicinstuderende.



Arbejdet på FADL-vagterne består primært i at overvåge fikserede patienter, observation af bl.a. suicidale og anorektikere, skærmning samt støtte til skizofrene og depressive:

Figur 45. Indholdet i FADL-vagter på psykiatriske afdelinger.

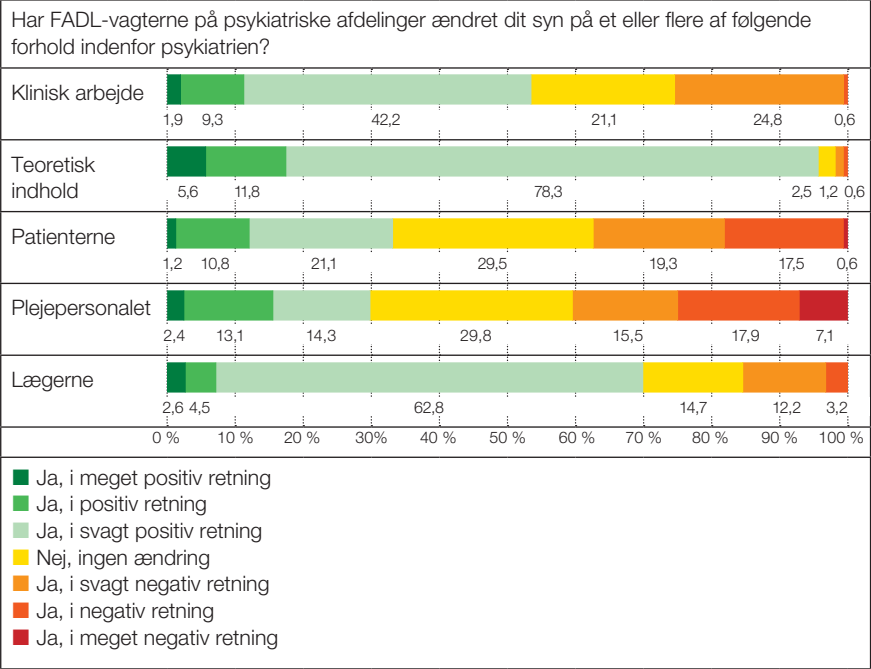


De studerende blev spurgt, om denne kontakt med psykiatrien havde ændret deres syn på forskellige forhold relateret til specialet, samt på deres egen interesse for psykiatrien og muligheden for at de vil vælge psykiatri.

Overordnet set ændrer FADL-vagterne de studerendes syn på psykiatrien i både positiv og negativ retning, men det samlede billede er mest negativt. I forhold til lægerne og plejepersonalet siger henholdsvis 30 % og 41 % af de studerende, at de har fået et mere negativt syn på disse to grupper. Angående lægerne er det blot 7 % af de studerende, som har ændret opfattelse i positiv retning i løbet af FADL-vagterne.⁸² Det er ligeledes problematisk for psykiatrien, at hele 47 % af de studerende vurderer, at deres syn på det kliniske arbejde er ændret i negativ retning, mens kun 11 % har ændret opfattelse i positiv retning. Dette må især anses for uheldigt i lyset af, at det kliniske arbejde inden for specialet udpeges som en af de vigtigste faktorer for valget af speciale. Forstudieinterviewene kan bekræfte dette billede af, at FADL-vagterne giver et meget negativt syn på det kliniske arbejde inden for specialet:

⁸² Det er således 29,8 % af de studerende, som har fået et mere positivt syn på plejepersonalet i løbet af FADL-vagterne. De studerende er også blevet spurgt til deres syn på patienterne. Her siger 37,4 %, at de har ændret deres syn i negativ retning, mens 33,1 % mener, at de har ændret syn i positiv retning. Der er således ikke nogen klar tendens for denne gruppe.

Figur 46. FADL-vagternes indflydelse på opfattelsen af psykiatri.



“Man skal bare sidde der og holde øje. Man får ingen ting at vide om patienten, eller hvad der foregår. Man må ikke kigge i journalen. Man ser aldrig en læge på FADL-vagterne. Man har ingen fornemmelse for, hvorfor patienten er bæltefikseret. Det virker oldnordisk og uforståeligt og personalet vil ingen forklaringer give. Man tænker, at sådan et sted, skal jeg i hvert fald ikke arbejde!”

(Forstudieinterview med medicinstuderende)

“Når du kun sidder der i otte timer med dem, der er allermest dårlige, så finder du aldrig ud af, at de rent faktisk bliver bedre. Det er kun de mest syge. Det ser håbløst ud. Det er dårlig reklame for faget”.

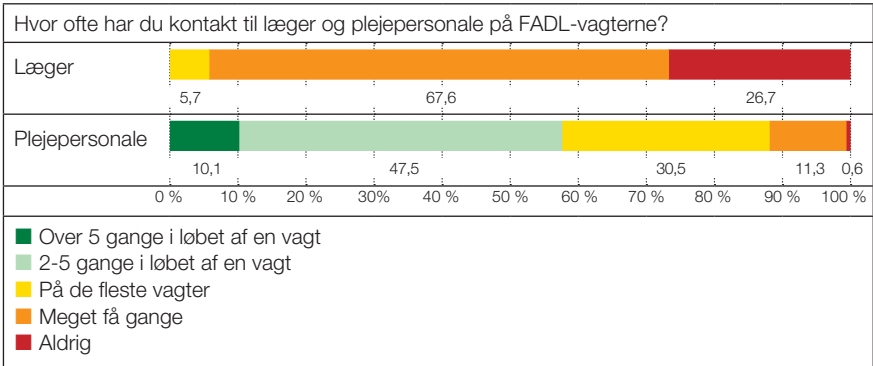
(Forstudieinterview med yngre læge efter turnus, der overvejer psykiatri)

I interviewene kommer flere også med eksempler på patienter, der har været grænseoverskridende. Patienter der fx har opført sig verbalt truende eller har slået, spyttet efter, smidt ting efter, skoddet cigaretter på eller urineret efter de studerende.

7.2.1 Kontakten til læger og plejepersonale på FADL-vagter

De studerende blev i spørgeskemaundersøgelsen spurgt, hvordan deres kontaktmønster til medarbejderne på de psykiatriske afdelinger fordelte sig under FADL-vagterne. Der blev både spurgt til kontaktens kvantitet og dens kvalitet. Med hensyn til frekvensen af kontakter var fordelingen således:

Figur 47. Frekvensen af de studerendes kontakt med læger og plejepersonale under FADL-vagter.



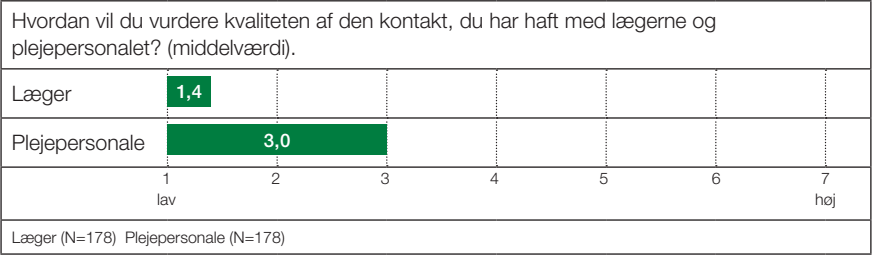
Som figuren viser, har de studerende langt mere kontakt til plejepersonalet end til lægerne under FADL-vagterne. Således har ingen studerende kontakt til en læge flere gange i løbet af en FADL-vagt, og kun små 6 % har kontakt til en læge på de fleste vagter. De resterende 94 % har aldrig eller meget få gange kontakt til en læge. Plejepersonalet derimod er FADL-vagternes primære samarbejdspartner. Dem har ca. 57 % af de studerende kontakt med to eller flere gange på en vagt.

Denne stærkt begrænsede kontakt til lægerne viser sig også i interviewundersøgelsen. Som én formulerer det:

“Man oplever overhovedet ikke lægers arbejde på FADL-vagter. Man ser en helt anden side af faget end lægens side. Du er sygeplejersker-nes kuli”.
(Forstudieinterview med yngre læge efter turnus, der overvejer psykiatri)

Ud over graden af kontakt til læger og plejepersonale, har de studerende også vurderet kvaliteten af kontakten, hvilket gav følgende resultat:

Figur 48. Kvaliteten af de studerendes kontakt med læger og plejepersonale under FADL-vagter.



Som det fremgår af ovenstående figur vurderes kvaliteten af kontakten med såvel lægerne som plejepersonalet som under middel. Ikke kun er mængden af kontakt til lægerne meget lille, men kvaliteten af den smule kontakt de studerende har med lægerne vurderes som værende ekstremt lav. Men heller ikke en gennemsnitsscore på 3, som er den samlede vurdering af kvaliteten af kontakten med plejepersonalet, er imponerende. Som det fremgår, er samarbejdet med lægerne på FADL-vagterne således så godt som fraværende, mens samarbejdet med plejepersonalet tilsyneladende er problemfyldt. Dette billede bekræftes i interviewundersøgelsen:

“Man er lidt uden for resten af personalet. Man bliver ikke taget under deres vinger. Man er den ekstra, der kommer, som man ikke nødvendigvis husker at afløse og give så mange oplysninger. Man er den, der er lavest i rang på hele afdelingen, og bliver også behandlet som sådan. Og der tror jeg, at hvis man blev behandlet bedre og var mere en del af teamet, så ville det give et bedre signal om psykiatrien”. (Interview med målrettet i I-stilling)

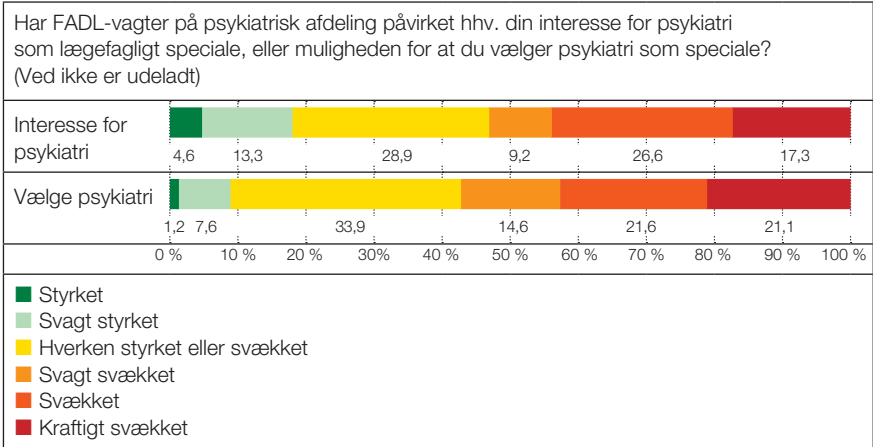
“Hvis man skal være en lille smule grov, så tror jeg ind imellem godt, man kunne mærke en undertrykkende fornemmelse. Man ville jo en gang, så at sige, blive mere end dem – men det var man ikke nu. Og det skulle i hvert fald udnyttes lidt. Det er jo det dårligste arbejde, man får ved at sidde hos de dårligste patienter og finde sig i hvad som helst. (...) [Plejepersonalet var, red.] søde og pæne og rare, men der var også den der: Du skal ikke tro du er noget – endnu!”
(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Kvaliteten af kontakten til plejepersonalet er således generelt set betydeligt bedre end til lægerne. Men som interviewundersøgelsen viser, er dette absolut ikke det samme som at sige, at kontakten til plejepersonalet på FADL-vagterne er uproblematisk.

7.2.2 FADL-vagternes effekt på intentioner om specialevalg

FADL-vagternes omfang taget i betragtning, kan det ikke undre at de påvirker de studerendes interesse for psykiatri som lægefagligt speciale og herunder også muligheder for, at de vil vælge psykiatri, hvilket nedenstående figur illustrerer:

Figur 49. FADL-vagternes påvirkning af interessen samt muligheden for at vælge psykiatri.
(Note: Skalaen indeholdt også svarmuligheden, "kraftigt styrket", som ingen benyttede hvorfor den er udeladt).



Samlet set er det over 50 %, som får svækket deres interesse for psykiatri via FADL-vagterne, og det er næsten 60 %, som svarer, at FADL-vagterne har svækket muligheden for, at de vil vælge psykiatri som speciale. Tilsvarende er det kun 18 %, som har fået styrket deres interesse for psykiatri, og det er kun 9 %, som svarer, at FADL-vagterne har styrket muligheden for, at de vil vælge psykiatri som speciale.

Disse resultater er markante. FADL-vagterne er særdeles udbredte, de foregår i vidt omfang på psykiatriske afdelinger, og de har en tilsvarende negativ indflydelse på stort set alt – fra plejepersonalet, til lægerne over det kliniske arbejde til selve interessen for specialet og ikke mindst: muligheden for at vælge psykiatri som speciale.

7.2.3 De målrettedes syn på FADL-vagterne

Flere af de målrettede har haft mange FADL vagter, hvilket vil sige 50-100 stykker. Nogle af de målrettede anser FADL-vagterne for at være en god indtjeningskilde, specielt under den første del af studiet. Andre af de målrettede ser FADL-vagterne for et stort problem i forhold til rekrutteringen til psykiatrien. Det er en generel opfattelse blandt de målrettede, at FADL-vagterne giver et skævt billede af, hvad det vil sige at arbejde i psykiatrien og der er også enighed om, at FADL-vagterne bidrager til psykiatriens dårlige image.

De gennemførte interview giver blandt andre følgende indikationer af, hvorfor FADL-vagterne er et problem for rekrutteringen til psykiatrien:

“Jeg tror FADL-vagterne er et meget stort problem, fordi der kommer man ud [på afdelingerne, red.] og man ser ikke læger, når man kommer ud som FADL-vagt. Man ser personalet og det er jo noget pseudovidenskabeligt noget. Det ville det også være hvis man gik op på en somatisk afdeling og snakkede med sygehjælperne, der var der. Det er jo nogle andre ting, det handler om i hvert fald. Der er det jo det med, hvor mange ostemadder en patient har spist, og det synes man jo ikke er det man har brugt 6 ½ år på Panum på”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

“Jeg tror FADL vagterne er et stort problem i forhold til rekrutteringen til specialet, fordi man bliver så negativ. Og jeg kan godt forstå det. Der var en af mine studiekammerater, der på hans første FADL-vagt, det har været på 2. semester, der var der en patient, der slog ham med et bækken. Det er ikke særlig sjovt. Så kan jeg godt forstå man tænker, ‘nej, det er måske ikke lige et fedt sted’”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

En af de ting, de målrettede peger på i interviewundersøgelsen er – helt parallelt med spørgeskemaundersøgelsen blandt studerende og yngre læger – at der er for lidt kontakt med lægerne under FADL-vagterne og at kvaliteten af kontakten med plejepersonalet ikke altid er lige god. De peger også på, at de psykiatriske patienter kan virke afskrækkende, netop fordi FADL-vagterne ofte ser dem, når de er allerdårligst:

“Jeg skulle i hvert fald ikke være psykiater. Det var det eneste jeg vidste, jeg ikke skulle, fordi jeg havde haft de der FADL-vagter og kom ud at sidde otte timer hos en afdelings dårligste patient. Og måske nogle gange flere dage i træk. Og de har hamrende sindssyge mennesker, der ofte var meget forpinte, og hvor de er bæltefikserede. Det var meget hårdt og man var helt grøn og anede ikke hvad man skulle gøre, og jeg tænkte meget dengang, at personalet svigtede. Jeg synes, det var mærkeligt, at de satte mig hos den dårligste patient. Hvorfor var det ikke det erfarne personale, der sad hos den dårligste patient og så kunne man lade mig sidde i opholdsstuen og spille med patienterne eller underholde dem på en eller anden måde”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

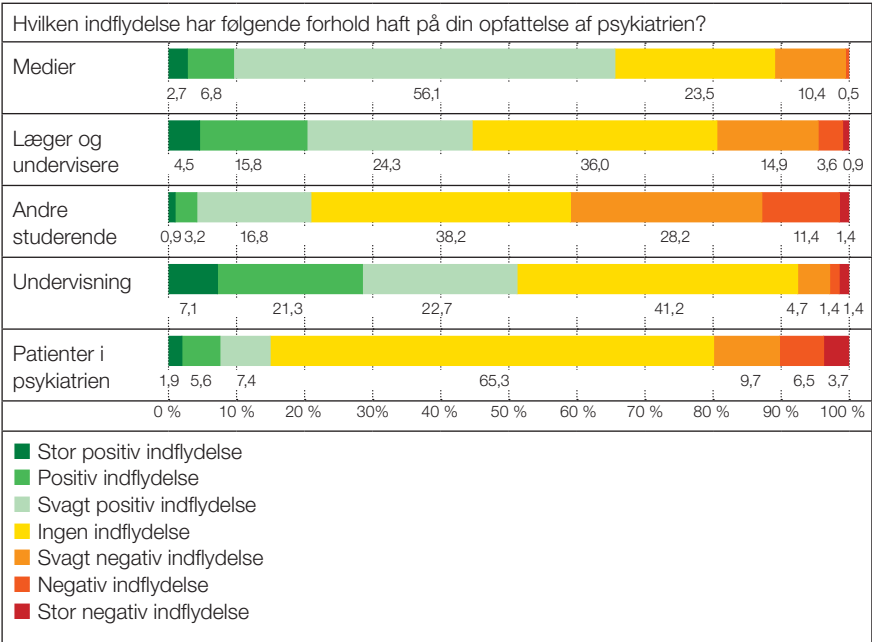
Det, der adskiller de målrettede, kommende psykiatere fra dem, som fravælger psykiatrien, er altså ikke, at de målrettede har haft betydeligt bedre oplevelser af psykiatrien på deres FADL-vagter, end den øvrige population.

Tværtimod har de et skarpt blik for det problematiske i FADL-vagterne og i hvad de gør ved de studerende, og dermed også ved rekrutteringssituationen inden for psykiatrien. Det faktum, at FADL-vagter skal tilkaldes til de dårligste, at arbejdet består af en del overvågning af bæltefikserede, er ikke umiddelbart til at ændre⁸³. Men afdelingernes måde at behandle FADL-vagterne kan ændres. Det må således betegnes som særdeles vigtigt at erkende, at de studerende på FADL-vagter i lige så høj grad danner sig indtryk, som de gør, når de samme studerende er i klinikophold.

7.3 Øvrige kilder til de studerendes opfattelse af psykiatri

Udover klinikopholdet og FADL-vagterne møder de medicinstuderende psykiatrien i forbindelse med den undervisning i psykiatri, som de får på studiet. De kan desuden have direkte kendskab til psykiatrien fra egne oplevelser som pårørende eller patient. Mere indirekte kendskab kan de studerende have fået gennem beretninger om psykiatrien fra såvel læger og undervisere som fra medstuderende. Endelig kan det indirekte kendskab også komme fra mediernes omtale af det psykiatriske område. For at få mere viden om kilderne til de studerendes opfattelser af psykiatri, er der spurgt til, om og i

Figur 50. Øvrige faktorerers indflydelse på opfattelsen af psykiatri.



⁸³ Dette selvfølgelig sagt med forbehold for de meget positive resultater med reduktion af bæltefiksering og tvang i psykiatrien, som er fremkommet det seneste år, og som muligvis vil kunne reducere behovet for tvang (og vagter) så meget, at det har en betydning for typen af arbejde på FADL-vagter generelt set.

hvilket omfang disse forskellige faktorer påvirker de studerendes og de yngre lægers syn på psykiatrien.

7.3.1 Undervisningen

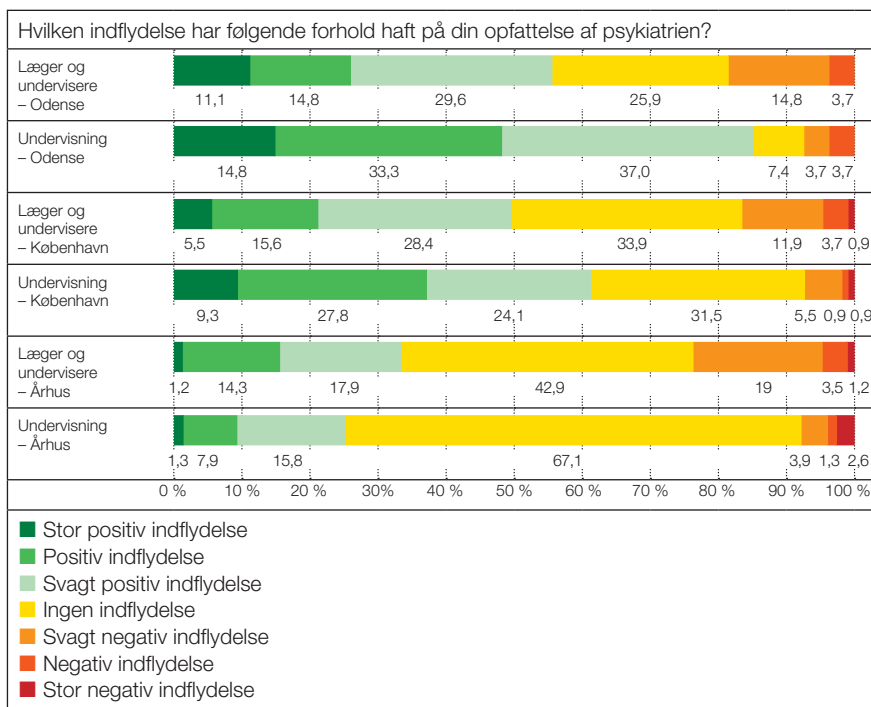
“Jeg blev mere interesseret i faget efter. Der var nogle utroligt gode undervisere her fra Odense blandt andre vores professor [nævner navn]. Så det var en åbning for at det var en mulighed. Det med at få teori og kategorier på”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Størst påvirkning finder vi fra undervisningen i psykiatri samt fra læger og undervisere. De studerende vurderer denne påvirkning, som overvejende positiv. Hvis man ser på tallene for alle de studerende samlet, giver over halvdelen udtryk for, at undervisningen har påvirket deres opfattelse af psykiatri positivt (51 %). Under 8 % mener omvendt, at undervisningen har påvirket opfattelsen negativt.

Men det er i dette spørgsmål nødvendigt at skelne mellem de tre universiteter, da undervisningen er placeret på forskellige tidspunkter de tre steder. I den samlede opgørelse angiver en meget stor andel på 41 % således, at undervisningen ingen indflydelse har haft. Går vi bag om tallene og ser på de tre undervisningssteder særskilt, viser der sig store forskelle. Som det fremgår af nedenstående figur, er det blot 2 % af de studerende fra Odense, som angiver, at undervisningen ingen indflydelse har haft, mens det er 34 % af de københavnske studerende og 51 % af de århusianske. Dette resultat ligger klart i forlængelse af, at de studerende i Odense fik undervisning i psykiatri semestret før, de studerende i København får undervisning sideløbende med klinikopholdet og har således på besvarestidspunktet blot haft undervisning i en uge, mens de studerende i Århus først får undervisning semestret efter klinikopholdet.

Figur 51. Lægers, underviseres og undervisningens indflydelse på opfattelsen af psykiatri.



Figuren viser, at andelen, som vurderer, at undervisningen påvirker holdningen negativt holder sig på et lavt niveau for alle tre universiteter. Til gengæld er der en markant større andel, som vurderer påvirkningen positivt, efter undervisningen i psykiatri er afsluttet.

Disse resultater harmonerer godt med de resultater, som blev beskrevet i afsnit 6.3.2 om vurderingen af psykiatriens teoretiske indhold. Når læger under uddannelse beskæftiger sig med faget psykiatri opfatter de det generelt som et meget spændende og interessant område.

Ser vi på spørgsmålet om påvirkningen fra undervisere og læger, så er vurderingen ligeledes positiv – om end i lidt mindre grad. Hvis vi ser på de studerende samlet, er det 45 %, som klassificerer påvirkningen som positiv i større eller mindre grad, mens det er under 20 % af de studerende, som betegner denne påvirkning som negativ. Påvirkningen fra undervisere og læger kan i princippet forekomme i alle fag. Såvel alle undervisere som alle læger på kliniske ophold kan påvirke de studerende med en holdning til det psykiatriske område. Men det er forventeligt, at især læger og undervisere inden for det psykiatriske område vil kunne påvirke denne holdning. Det er derfor ikke overraskende, at det igen er de studerende fra Odense, der vurderer påvirkningen fra undervisere og læger mest positivt.

7.3.2 Beretninger fra andre studerende

Beretninger om psykiatrien fra andre studerende tillægges også en vis betydning – om end ‘ingen ændring’-gruppen her er større. Således er det 38 % af de studerende, som angiver, at denne type beretninger ingen påvirkning har haft. Blandt de 62 %, som mener, at denne type beretninger har påvirket, anses påvirkningen for at være overvejende negativ.⁸⁴

De negative beretninger fra andre studerende handler for en stor dels vedkommende sandsynligvis om erfaringer fra FADL-vagter. Både i forstudie-interviewene og i interviewundersøgelsen med de målrettede lagde flere af de interviewede stor vægt på betydningen af de beretninger, der florerer på studierne om FADL-vagterne. Beretninger som eksempel vis denne:

“Der var en på studiet der var blevet slået på en FADL-vagt og havde brækket armen, men som ikke havde fået erstatning, og det talte vi en del om. Hun skrev også om det i vores blad, at hun ikke følte nogen støtte i forbindelse med det overhovedet. Vagterne fylder meget, fordi de er en væsentlig indkomstkilde for de fleste. Så det er da noget der bliver snakket om”.

(Interview med målrettet i I-stilling)

Det, at beretninger fra andre studerende vurderes så relativt negativt, giver anledning til at konkludere, at der kunne være grund til at sætte ind med tiltag under studiet.

7.3.3 Egne oplevelser og medierne

De studerende vurderer, at både egne oplevelser fra psykiatrien og beretninger fra medierne ikke har den store indflydelse på deres opfattelse af psykiatrien. Det er således 56 % som betegner medierne som uden indflydelse, og 65 % mener ikke, at egne oplevelser har påvirket opfattelsen. Den påvirkning, der så har været, har for mediernes vedkommende overvejende været negativ. 34 % af de studerende vurderer mediernes påvirkning som negativ, mens kun 10 % betegner den som positiv. Påvirkningen fra egne oplevelser er en del mere blandet.⁸⁵

7.3.4 Vikariater

Vi har ikke i spørgeskemaundersøgelserne spurgt selvstændigt til betydningen af vikariater. Af interviewene med de målrettede er det dog fremgået, at vikariaterne anses for at udgøre meget centrale møder med psykiatrien, fordi der her er mulighed for at stifte bekendtskab med arbejdet i psykiatrien og

⁸⁴ Det er 41 %, som betegner påvirkningen fra medstudierende som negativ, mens kun 21 % vurderer den som positiv. Det skal bemærkes at flertallet af både de positive og de negative tilkendegivelser klassificeres som 'svage'. De studerende lægger således ikke særlig stor vægt på denne påvirkning.

⁸⁵ For de studerendes vedkommende er det således 20 %, som har oplevet egne oplevelser som negative, mens 15 % mener, at det har påvirket positivt.

eventuelt prøve den interesse af, som kunne være opstået på et klinikophold. Vikariatene anses af de målrettede for at være en vigtig kilde til, at mange 'fanges ind' i psykiatrien.

“Jeg tog et vikariat på [navn på afdeling]. Og det synes jeg var rigtig sjovt, så det var vikariatet, der gjorde, at jeg sagde at jeg gerne ville være psykiater. Men helt klart inspireret af det kliniske ophold”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Vikariatene kan derfor anses for at være et væsentligt 'udstillingsvindue' for psykiatrien, og være med til at overbevise dem der overvejer, men er i tvivl om, at psykiatrien er et interessant sted at arbejde for dem.

8. Det målrettede valg af psykiatri

“De har bare ikke opdaget, hvor sjovt det er. Og det er jo min lykke, at der ikke er andre der har opdaget, hvor skægt det er”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

I dette kapitel ser vi nærmere på, hvem de “de målrettede” er og hvad det er, de finder spændende – og svært – ved at uddanne sig inden for psykiatri. Kapitellet baserer sig primært på interviewundersøgelsen blandt “de målrettede” – dem vi i kapitel 4 har defineret som: Den gruppe af læger på speciallægeuddannelsen i psykiatri, som har valgt specialet kort tid efter deres turnus (enten direkte eller efter et eller to kortere vikariater) og som ikke allerede havde en høj alder, da de begyndte på medicinstudiet. De målrettede har påbegyndt deres hoveduddannelsesforløb inden for 3-5 år efter de blev cand. med. Gruppen af de målrettede er særlig interessant at fokusere på, fordi der her er tale om en gruppe, hvis andel af gruppen af kommende psykiatere helst skal gøres større, hvis psykiatriens image og rekruttering skal forbedres. Jo flere der hurtigere vælger psykiatri, jo flere år vil de også kunne arbejde som speciallæger i psykiatri.

8.1 Hvem er de målrettede?

De målrettede, der deltog i interviewundersøgelsen, er generelt yngre læger, der brænder for deres fag. De er tiltrukket af uddannelsesmiljøet i psykiatrien, det tværgående faglige fokus, der forbinder det biologiske med det mere humanistiske og samfundsvidenskabelige, arbejdsforholdene og samarbejdet både lægerne imellem og med andre faggrupper. De synes også, at det er spændende at arbejde med de psykiatriske patienter.

8.1.1 De målrettedes baggrund

De målrettede i interviewundersøgelsen var mellem 30 og 40 år (gennemsnitligt 33,7 år). Tre var i gang med en introduktionsstilling i psykiatri, seks var i gang med en hoveduddannelse i psykiatri (en blokstilling) og to af de sidstnævnte var yderligere i et ph.d. forløb. Gennemsnitsalderen blandt lægerne i introduktionsstilling var 31 år, blandt lægerne i hoveduddannelsesforløb var den 35 år, mens den var 36,5 år blandt lægerne der også var i et ph.d. forløb. Fem ud af ni havde mellem to og tre børn. Ingen på nær én havde psykiatere eller læger i den nærmeste familie. Alle havde fået deres lægeuddannelse i Danmark.

8.1.2 De målrettedes vej mod psykiatrien

Alle på nær en af de målrettedes vej mod psykiatrien var på et tidspunkt gået gennem et eller flere vikariater i psykiatri. To havde haft vikariater allerede

under studiet for at tjene penge i sommerferien, en havde haft før turnus på grund af ventetid på turnus, en havde haft mellem turnus og introduktionsstilling i psykiatri og tre havde haft efter introduktionsstilling i psykiatri og før deres hoveduddannelsesforløb. Hvad angår klinikophold var der nogen, der havde haft meget inspirerende klinikophold, der havde vakt deres interesse. Andre havde haft deciderede dårlige klinikophold, der havde haft en afskrækkende effekt. Hovedparten havde primært haft dårlige erfaringer med FADL-vagterne i psykiatri. Følgende to eksempler er typiske for de målrettedes vej frem mod psykiatrien. Begge er i gang med deres halve år i neurologien og mangler derefter 1 ½ års 1. reservelæge tid:

Stud.med.	Stud.med.
Vikariater i psykiatri	Cand.med.
Cand.med.	Turnus (1 ½ år)
Turnus (1 ½ år)	Introstilling i psykiatri (1 år)
Introstilling i psykiatri (1 år)	Vikariat i psykiatri (3 mdr)
Uddannelsesstilling i psykiatri (2 år)	Uddannelsesstilling i psykiatri (2 år)
Neurologi (½ år)	Neurologi (½ år)
1. reservelæge (1 ½ år)	1. reservelæge (1 ½ år)

8.2 Hvorfor psykiatri?

“Dybest set har det vel noget med en interesse at gøre, som er svær helt at begrunde. Hvorfor er nogle interesseret i frimærker og hvorfor er nogle interesseret i biler. Det bliver nemt nogle efterrationaliseringer. Det starter måske med en fornemmelse af, at det her er spændende”.
(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Hvad er det, der i de unge målrettede kommende psykiaters øjne, gør psykiatrien spændende? I interviewene blev følgende temaer nævnt i relation til hvad der gør psykiatrien spændende og anderledes end de somatiske specialer:

Det teoretiske indhold i specialet

- At beskæftige sig med hjernen.
- At beskæftige sig med grænseområder for, hvad der er normalt.
- At psykiatrien også trækker på viden fra det mere humanistiske og samfundsvidenskabelige.

Patienterne

- At beskæftige sig med patienter der er “sjove” og har “sjove” historier.
- At psykiatrien arbejder mere grundigt og omhyggeligt med patienterne og der er lavere patientflow.
- At der er mulighed for at komme hele vejen rundt om mennesket.
- At der er mulighed for at få større kendskab til den enkelte patient.

Arbejdsmetoderne

- At samtale/kommunikation er det primære diagnostiske redskab.

Arbejds miljøet

- At det kollegiale samarbejde er bedre.
- At der er mere og bedre tværfagligt samarbejde.
- At man får en fornemmelse af, at man kan bruges til noget, når man kommer et sted. At man ikke bare skal fylde et hul ud i et vagtskema, men at man bliver hørt.
- At der er mere roligt, mindre stress og pres.
- At der er bedre mulighed for at planlægge sin egen dag.
- At lokaleforholdene er bedre.

Uddannelses miljøet

- At uddannelsesforløbene er velstrukturerede.
- At der er gode muligheder for faglig sparring.
- At der er variation i hverdagene.
- At der er mange veje i psykiatrien – muligheder for at subspecialisere sig.
- At det er nemmere at få en stilling.
- I det følgende vil vi uddybe, hvad de målrettede mener om ovennævnte temaer.

8.2.1 Det teoretiske og udviklende

Noget af det, der gør psykiatrien spændende, er ifølge de målrettede, at psykiatrien så at sige har en fod i forskellige faglige lejrer. Der trækkes på biologisk og medicinsk viden og der trækkes på psykoterapi og det mere humanistiske og samfundsvidenskabelige.

“Psykiatrien placerer sig imellem forskellige faglige tilgange eller forskellige metoder, som man kan anvende til at belyse en problemstilling på en anden måde, end de andre fag gør. Det er imellem biologien og de menneskelige tanker, oplevelser og følelser. Der er på en måde et spring. Hvordan kommer man fra en biologisk forståelse af hjernen til en forståelse af menneskers tanker og følelser. Og psykiatrien prøver at være bindeled. Og lige præcis i dette spændingsfelt, hvor de mødes. Det er det, jeg synes er meget spændende”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Den teoretiske del af psykiatrien opleves således som meget intellektuelt stimulerende og koblingen mellem teori og samtalerne med patienterne opleves som rummende udviklingsmuligheder også for de kommende psykiatere selv. De bliver klogere på menneskelig adfærd, hvornår denne er normal og hvor grænserne til det patologiske går.

“Det er spændende at få indblik i, hvad der rør sig i andre mennesker. Det giver en erfaring, der gør en til en mere vidende person. Der har man som psykiater en helt unik mulighed for at få kendskab til andre mennesker”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Nogle af de målrettede kommende psykiatere peger også på, at psykiatrien er inde i en spændende faglig udvikling.

“Der er meget forskning i det, meget mere end læger ofte tror. Det er mærkeligt, at hjerneforskning er så hot og at psykiatri ikke er”.

(Interview med målrettet i I-stilling)

En udvikling der er med til at koble de forskellige faglige elementer i psykiatrien.

“Der er kommet mere biologi ind i billedet, nogle visioner og nogle fremtidsperspektiver. Vi kan gøre noget her og vi kan blive klogere på, hvad der er der foregår rent biologisk og sætte ind. Og min fornemmelse er, at det sker uden at vælge det andet fra. At man er i stand til at bygge bro mellem biologi og terapi. Og hvor terapien også er blevet mere interesseret i at føre bevis for sin behandling og kan bevise, at der også sker hjerneforandringer, når vi behandler folk kognitivt eller terapeutisk”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Og en udvikling der har en gavnlig virkning på rekrutteringen:

“Jeg tror, der er flere, der vælger det tidligere i dag og som er mere oprigtigt fascinerede af specialet både som et biologisk hjernefag og som et fag med et humanistisk islæt”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

De målrettede finder således, at psykiatrien dels er fagligt meget spændende og personligt udviklende, dels er inde i en spændende faglig udvikling, som kan være med til at tiltrække flere på et tidligere tidspunkt og med en reel interesse for faget.

8.2.2 Psykiatrien – mere end skøre mennesker der skal låses inde!

“Jeg synes, det er sjovere. Patienterne er sjovere. Jeg kan bedre lide at have med patienterne at gøre”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

I de to foregående kapitler har vi blandt andet set på, hvordan de psykiatriske patienter opfattes af medicinstuderende og yngre læger. I interviewene med de målrettede læger kom der helt andre billeder af de psykiatriske patienter og det at arbejde med psykiatriske patienter frem:

“Jeg havde på det tidspunkt en medstuderende, der talte om, at han overvejede psykiatri og jeg kiggede på ham og sagde: nej helt ærligt, hvad tænker du på! Og så kom jeg selv i [klinikophold i, red.] psykiatri. Og det var meget spændende med undervisningen. Og jeg blev helt jamen psykiatri er jo meget mere end skøre mennesker, der skal låses inde. Det var det, jeg oplevede på FADL vagterne, hvor man aldrig nåede at se ændringerne ved at være der de der 4-5 dage, hvor de var dårligst og hvis de bare blev en lille smule bedre, så blev man jo sat fra. Men jeg syntes, det var spændende at se, hvor mange hjernemæssige ting der ligger til grund for det her”.

(Interview med målrettet i I-stilling)

Noget af det der markant peges på som gørende arbejdet med de psykiatriske patienter spændende er historierne. De psykiatriske patienters historier. Historierne er blandt andet med til at skabe variation, fordi det ikke er de samme historier, patienterne fortæller. Historierne gør også hverdagen lidt sjovere – ikke mindst når historierne efterfølgende deles på konferencerne.

“Jeg synes der er en ret høj underholdningsværdi. Det er ikke for at gøre nar af patienterne, men det er helt fantastisk, hvad man kan høre dem sige og opleve. Det er så forskelligt. Jeg sidder ikke og får den samme historie hele dagen, som man gør meget når man sidder i et hovedpineambulatorium”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Disse små underholdende glimt af vanvid kan være med til at gøre det nemmere at rumme de ind imellem også meget tragiske skæbner.

“De siger nogle dejligt sindssyge ting engang imellem. Så humoren har en større plads. (...) nogle gange er det virkelig meget sjove ting. Jeg havde en patient, der fastholdt, at han fiskede hajer i toilettet. Og jeg morede mig over det og han var glad. Sådan nogle små glimt af vanvid. Det, synes jeg, er vældig stimulerende. Men det er også tragiske skæbner (...) så derfor tror jeg også man kan have behov for kontrasterne”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Samtidig er forholdet til patienterne ind imellem også præget af stor utilfredshed fra patienternes side. Psykiatrien er således måske ikke for de mest ‘sar-

te sjæle' både fordi patienterne kan være meget vrede og at denne vrede kan være rettet mod psykiateren, og fordi de behandlingsmæssige beslutninger, der skal træffes ikke altid falder i god jord. Dette anses dog af de målrettede for at være mere af en udfordring, end noget der skræmmer dem.

“Det er anderledes i forhold til patienterne. Fordi de jo sjældent er særligt glade for at blive behandlet. Hvor i andre specialer, der siger patienterne normalt faktisk tak og sætter pris på at blive behandlet. I psykiatrien får man mest skældud af patienterne. Det kommer an på, hvad de fejler, men der er mange, der synes, man er rigtig dum. Man kan blive svinet rigtig meget til af patienterne”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

I modsætning til nogle af de yngre læger og medicinstuderende, vi talte med i forbindelse med forstudieinterviewene, så er de målrettede kommende psykiatere således ikke skræmte over de psykiatriske patienter. De synes i stedet, at de er 'sjovere' at arbejde med end andre patientgrupper, og de oplever, at der også er tale om en ofte forsømt patientgruppe, som man virkelig kan gøre en forskel for. Samtidig er der dog også blandt mange en underliggende frygt for vold og trusler om vold. Flere tænker således om morgenen, når de klæder sig på, over om de nu har noget på, der kan bruges til at kvæle dem med eksempelvis smykker og halstørklæder. Generelt ligger der dog en stor trykthed i at vide, at der kommer nogen og hjælper, hvis det går galt.

8.2.3 Kommunikation og samtale som redskab

Psykiatrien adskiller sig ifølge de målrettede også fra de somatiske specialer på den måde, at samtale og kommunikation med patienterne er helt central både i diagnosticeringen og i behandlingen af patienter. Oplevelsen er, at man i de somatiske specialer i langt højere grad læner sig op ad forskellige former for prøvesvar og konkrete fysiske undersøgelser. Holdningen er, at der i somatikken i langt mindre grad er sat tid af til at kunne tale med patienter.

“Det, der er anderledes end i de andre specialer, er, at i de andre specialer, der vil de gerne tale med patienterne, men de har ikke så meget tid til det. Og noget af det, man kan skære fra, er at snakke med patienterne. Og det kan vi ikke i psykiatrien, fordi vi har ikke andet. Vi kan ikke undersøge og røntgenfotografere og alle de der ting. Så vi skal altså snakke med patienterne. Og det synes jeg er et problem i mange andre specialer, at man ikke har tid til at høre på, hvad patienterne har at sige”.

(interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det, at kommunikation og samtale fylder meget i psykiatrien, er ifølge de målrettede det, der er med til at give arbejdet indhold og mening.

“Kommunikationen er redskabet. Der er der jeg indhenter min information. Selvfølgelig tager vi puls og blodtryk, vi lægger jo mærke til patientens somatiske tilstand, men sproget er en stor og udfordrende del af arbejdet”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Den tid der er sat af til at tale med patienterne giver ifølge de målrettede også mere ro i hverdagen, end når man eksempelvis på somatiske afdelinger skal se mange patienter på meget kort tid.

“Samtalen eller kommunikationen er det diagnostiske redskab og til dels det, man behandler med. Derfor synes jeg, det er utroligt dejligt, at der i psykiatrien er beregnet mere tid til samtalen. Der er knap så mange patienter på kort tid, som der er i andre specialer”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Men ind imellem er det også ifølge de målrettede en udfordring, at så meget af arbejdet består i at tale med patienterne, for det er ikke altid nemt at kommunikere med dem:

“Det er en udfordring, fordi kommunikationen ind imellem er præget af, at patienten synes, man er en stor idiot. Hvor man jo arbejder med psykiatriloven, patienter der ikke synes de er syge. Patienter der ikke vil tage medicin, patienter der mener de fejler andre ting end vi synes de fejler, så der er mere tovtværkeri, men det er det jeg synes er skægt”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Generelt sætter de målrettede kommende psykiatere stor pris på, at kommunikation fylder så relativt meget i deres arbejdsdag. Kommunikationen med patienterne er dog ikke altid lige nem eller rolig. Der kan være situationer der kører op, og en del af arbejdet kan bestå i at tale patienterne til ro. Kommunikation om tvang fylder noget i interviewene med de målrettede. Beslutninger om tvang er som regel ikke nemme at kommunikere til de patienter, der ifølge deres professionelle vurdering, har brug for tvangsbehandling. Patienterne er nemlig ofte ikke enige og dette leder ind imellem også til klagesager.

I et af interviewene indledte den målrettede interviewperson med at sige, at hun nok ville tale meget, “fordi psykiatere elsker at tale”. Hvis dette generelt er udbredt, vil det nok være en fordel for unge psykiatere, fordi det at tale og kunne formulere sig godt, bliver vigtigt i en virkelighed, hvor kommunikation som redskab fylder så meget både i relationen til patienterne og til de andre faggrupper.

8.2.4 Arbejdsmiljøet

Noget af det, de fleste målrettede lægger vægt på i interviewene, er, at en af de store forskelle på psykiatriske og andre afdelinger er, at de har følt sig mere velkomne i psykiatrien. De er blevet taget bedre imod, har fået en bedre introduktion og er hurtigere blevet taget med på råd.

“Psykiatere er bare sjovere! De er sjovere at være sammen med og lægger mærke til, hvem kommer ind, og at det faktisk er et menneske, der kommer ind og ikke en brik til vagtskemaet. I turnus, når man er meget usikker, og kommer ud til en afdeling, føler man sig sjældent velkommen. Og har jeg i hvert fald ikke gjort. Og jo mere usikker man er, jo mere har man brug for at blive taget imod på en ordentlig måde. Jeg tror, det er meget vigtigt, at man giver sig tid til en ordentlig introduktion. Det behøver ikke at være mere end en uge. Men at man ved, at der har været tænkt over det, når man kommer til et nyt sted”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

De målrettede vurderer, at psykiatrien har langt det bedste arbejdsmiljø i forhold til andre sygehusafdelinger. Deres vurdering er, at der generelt er mere respekt og en bedre tone i psykiatrien og at der er færre knive i ryggen, end de har oplevet at komme ud for på andre sygehusafdelinger. Lægekonferencerne er også “sjovere” og langt mindre hierarkiske end på de somatiske afdelinger. De målrettede lægger vægt på, at dette også har været meget vigtigt for deres valg af speciale.

8.2.5 Det tværfaglige samarbejde

Som nævnt i afsnit 6.5.2 om image er det tværfaglige fokus og samarbejde i psykiatrien noget af det, der set med de målrettedes øjne, gør psykiatrien attraktiv. Nogle lægger mere vægt herpå end andre, men alle har en klar vurdering af, at der er mere tværfagligt samarbejde i psykiatrien end i de somatiske specialer.

“Vi arbejder meget mere sammen med de andre personalegrupper. Det er stadig lægen, der beslutter, hvad der skal ske, lægen der ordinerer, men man er meget afhængig af de andre personalegrupper, så man er nødt til at finde ud af at samarbejde med de andre faggrupper. Og man er nødt til også at høre, hvad de siger. Og der er også meget relevant for de har megen vigtig information. [...] Hvor i somatikken kan man nok i højere grad køre sit eget løb som lægen, der bestemmer og mere bare uddelegerer til sygeplejersken”.

(interview med målrettet i hoveduddannelse)

Noget af det, der gør det tværfaglige attraktivt, handler om den teamspirit der er, hvor man som yngre læge i højere grad er en del af gruppen:

“Det kan godt være ensomt at komme rundt på afdelinger og være gæsten og aldrig være en del af personalegruppen. På psykiatrisk afdeling er jeg mere nået at blive en del af gruppen. Og det kan jeg godt lide. Det tror jeg man bliver en bedre læge af. Det er mere trygt at være der”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det tværfaglige kan således ses som værende med til at give et positivt bidrag til det psykiske arbejdsmiljø:

“Personalet er også anderledes, synes jeg, fordi de er mere åbne. Både fordi man arbejder tværfagligt, men de har også en interesse i de bløde værdier, som gør, at de også bliver bedre kollegaer, fordi man sætter ord på sådanne ting”.

(Interview med målrettet i I-stilling)

Noget af det attraktive handler også om den sparring og dialog, der ligger i det tværfaglige:

“Jeg synes, det er sjovere at tale med det tværfaglige personale på psykiatriske afdelinger. Der er en åbenhed for debat. Hvilket så ind imellem også kan give bagslag, fordi at det tværfaglige personale ikke har helt samme teoretiske baggrund. Så i en flad ledelsesstruktur er der engang imellem diskussioner af, hvem der bestemmer og hvem der har ret. Og hvilken behandling der skal til. Men jeg kan godt lide at der kommer en masse feedback fra det tværfaglige personale, og at man så kan gå ind i de her ting. Så får man også en undervisende funktion. [...] det er stimulerende, at man kan have det modspil, så må man jo have argumenterne op af lommen. Sygeplejerskerne lader sig jo ikke bare spise af med, at sådan er det, fordi det er mig der er læge”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

De målrettede vurderer således, at der er mere tværfagligt samarbejde i psykiatrien og de er generelt meget positive over det tværfaglige fokus og samarbejde, der i psykiatrien. Dette samarbejde bidrager både til sparring og at man bliver god til at argumentere, men også til det gode psykiske arbejdsmiljø, hvor man i et eller andet omfang er der sammen og for hinanden – ikke mindst i situationer med voldelige patienter. Når det er sagt kan det, som vi skal se i afsnit 8.3.7, også være et problem, at der er så mange behandlingsmæssige beslutninger, der er til diskussion faggrupperne imellem.

8.2.6 Gode uddannelsessteder

Alle de målrettede, kommende psykiatere vurderer, at der er et godt uddannelsesmiljø i psykiatrien. Nogle fremhæver også almen praksis som et sted med et godt uddannelsesmiljø. Medicin og kirurgi vurderer flere derimod som værende specialer med hårde uddannelsesmiljøer og flere anser turnus for at have været meget hård at komme igennem, fordi de blev kastet ud i opgaver, de syntes, de var dårligt klædt på til at løse – og dette ofte under tidspres.

“Der er i psykiatrien blevet taget sig meget af mig på den måde, at jeg har haft månedlige vejledersamtaler og det har jeg ikke været ude for andre steder, at man gjorde det så hyppigt og at det var så velorganiseret. Og jeg har ikke følt mig som arbejdskræft på samme måde, som det har været andre steder, at hvis man bare varetog vagten, så var de i øvrigt ligeglade med, hvad man gjorde”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

De målrettede oplever, at der i psykiatrien bliver investeret i at uddanne de kommende psykiatere og at der er tale om et trykt uddannelsesforløb.

“Vi har en uddannelsesansvarlig overlæge, der tager det meget seriøst. Der bliver gjort meget ud af, at jeg får opfyldt de kompetencer jeg skal have opfyldt mens jeg er her. [...] Hun har hele tiden været meget støttende og har støttet mig i, at jeg skulle være psykiater. Og er kommet med kurser – ‘skal du ikke på det her kursus?’ [...] Plejepersonalet er også med til samtaler og kan se ting, du måske ikke ser og det er også her trygheden kommer ind. Her har jeg et indtryk af, at de gerne vil gøre en psykiater ud af mig, så jeg også i fremtiden kan bistå afdelingen”.

(Interview med målrettet i l-stilling)

Et forløb hvor der gives feedback og sparring på det arbejde, de udfører.

“Jeg havde en overlæge, der var der. Der superviserede mig. Dels tog mig med til samtaler, hvor det var ham der førte ordet, dels til samtaler hvor jeg førte ordet. Og hvor jeg virkelig følte jeg fik god feedback på det jeg gjorde. Hvor jeg skulle argumentere for mine meninger og holdninger og hvor jeg fik svar, når jeg spurgte”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Nogle af de målrettede peger på, at der i forhold til uddannelsen er sket en positiv udvikling igennem de senere år:

“Mit indtryk er, at man har gjort nogle ting og at de studenter, der er, er langt bedre taget hånd om og fuldt igennem også mere lægeligt end da jeg var studerende. Det kan vel også ses af, at gennemsnitsalderen falder og folk vælger det hurtigere. Det fløjlsbukseagtige er på vej ud”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Set gennem de målrettedes perspektiv er uddannelsen således en generelt meget positiv oplevelse. De mener, at de fleste der kommer i kontakt med arbejdet inden for psykiatrien enten i vikariater eller i uddannelsesstillinger, generelt bliver meget positive over for psykiatrien. Ingen kan komme med eksempler på at kende nogen, der faldt fra deres uddannelsesstilling, fordi den ikke var velfungerende, eller fordi de ikke ville være psykiatere. De kender heller ingen, der faldt fra efter en introduktionsstilling i psykiatri, som reelt havde taget stillingen for at blive psykiater. Selvom uddannelsesforløbene af de målrettede bedømmes til at være blevet bedre og ofte til at være meget velfungerende og velstrukturerede, har der dog tidligere været forløb, der ikke var så gode og der er stadig undtagelser fra gode forløb. Disse ser vi på i afsnit 8.3.8.

8.2.7 A–holdet – rollemodellerne

I interviewene med de målrettede⁸⁶ er det et centralt tema, at der er mange psykiatere, de opfatter som inspirerende og som udgørende gode forbilleder – eller rollemodeller. Der er også enighed om, at det er vigtigt at have gode rollemodeller:

“De er smadder vigtige (...) specielt overlægerne har generelt været gode rollemodeller”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Disse rollemodeller er vigtige, dels fordi de er med til at give et godt arbejdsmiljø, og et inspirerende uddannelsesforløb, dels fordi de yngre målrettede kan spejle sig i dem og se sig selv ude i fremtiden i et billede, de finder attraktivt:

“Overlægerne er sjovere i psykiatrien. Der sidder kollegaer der stadigvæk har lys i øjnene og ikke er blevet sådan selvfede og overvægtige, triste og grå at se på. Der sidder faktisk nogle mennesker, hvor man kan se, at dette speciale her, det nyder de stadigvæk. Og det havde jeg brug for at se. På medicinsk afdeling syntes jeg, de var lidt vindtørre, dem der havde siddet der længe. Jeg havde brug for nogle, jeg kunne identificere mig med lidt længere ud i tiden. Jeg har ikke lyst til

⁸⁶ Og i øvrigt også i forstudieinterviewene med dem, der er interesserede i psykiatri.

at sidde der og være brændt ud eller give indtrykket af at være brændt ud”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)⁸⁷

Rollemodellerne er også vigtige, fordi de giver en modvægt til billedet af, at psykiater er noget man bliver, fordi man ikke kunne blive andet:

“Det har været, at jeg har mødt nogle rigtig dygtige og engagerede læger. Nogle der virkelig brændte for deres fag og formåede at formidle det videre. Og så også det at de har været dygtige. De har modbevist det der med, at kan man ikke blive andet, kan man blive psykiater”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Rollemodellerne er således ‘A holdet’, der udgør et modstykke til ‘B holdet’:

“Jeg tror, at meget af det, der har været afgørende for mig, det er for det første, at der har været nogle gode rollemodeller. Nogle som har kunnet veje de andre op. Hvor jeg har kunnet inddele psykiatrien i et A og et B hold og sige: Det er fint. Jeg vil gerne være med på det der A hold”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Betydningen af rollemodeller skal ikke underkendes. De har ofte haft en afgørende betydning for, at de målrettede har valgt at uddanne sig til psykiatere og har kunnet se sig selv i psykiatrien – også ude i fremtiden som færdige speciallæger.

8.3 Barriererne

“Jeg arbejdede på ortopædkirurgisk afdeling [i turnus red.] og var glad for det, og syntes jeg havde det godt med mine kollegaer. Der var så flere af dem, der sagde. Nå, hvilken slags læge skal du så være. Inden jeg kunne nå at sige noget, sagde de, altså alle specialer er jo gode – undtagen psykiatrien. Sådan er det for rigtig mange, at psykiatrien tæller slet ikke. Og det, tror jeg, hænger sammen med forestillingen om, at det ligger så langt væk fra det andet og vi ikke kan noget somatik. Og der er også nogle påfaldende psykiatere ind imellem”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

⁸⁷ Vi har mange citater om betydningen af rolle modeller for de målrettede. Eksempelvis også dette: “Jeg kan godt sætte navn på, hvem der er skyld i, at jeg er blevet psykiater. Hun hedder [navn på psykiater] og er overlæge på [navn på hospital]. Hvis jeg kan blive ligesom hende, så er det rigtig fint. () det er spændende at se folk som virkelig kan deres kram. Der er mange, som jeg har stor faglig respekt for i den ældre gruppe”. *(Interview med målrettet i hoveduddannelse)*.

Selvom de målrettede i overvejende grad er meget positive om psykiatrien, så ser de også nogle barrierer for rekrutteringen og ind imellem også udfordringer i det daglige arbejde og i det tværfaglige arbejde. Nogle af disse udfordringer handler om: psykiatriens dårlige image, placeringen væk fra de somatiske specialer, bagsiderne af et tværfagligt samarbejde, hvor det meste er til diskussion, dårligt fungerende uddannelsessteder og ikke mindst det at have "B holdet" til kolleger.

8.3.1 Hvad vil andre tænke om mig, hvis jeg bliver psykiater?

I interviewene med de målrettede, kommende psykiatere⁸⁸ var der flere, der anså det som en barriere for at vælge psykiatri som speciale, hvad andre ville tænke om dem, hvis de valgte at blive psykiatere. Nogle af de målrettede havde således i løbet af deres turnus prøvet at finde specialer, der var ligeså interessante, som de anså psykiatri for at være, for at undgå, som en benævnte det, "at falde i psykiatriskuffen". At vælge psykiatri til som speciale anses således for at være noget, den enkelte må gøre på trods af den anseelse psykiatri anses for at have.

"Jeg tænkte for det første, at jeg skulle i hvert fald ikke være kirurg. Og så måtte jeg finde ud af, om jeg ville være mediciner, eller om jeg ikke skulle være psykiater, om jeg så må sige. Det ville jeg egentlig helst undgå. Selvom jeg godt var klar over, at jeg syntes, det var noget af det, der var allermost spændende. Så var det tanken, om der mon ikke var noget andet, der kunne være spændende".

(interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det anses øjensynligt også for at være en del af jargonen blandt andre læger at prøve og tale de målrettede fra psykiatrien, fx når de er på deres obligatoriske ophold i neurologien:

"Da jeg var på neurologisk afdeling kunne jeg mærke, at der ikke var de store forventninger til mig. Og jeg tror den bemærkning jeg fik flest gange var: Nå du ligner da ikke en psykiater. Og er du sikker på, du skal være psykiater. Skal du ikke hellere være neurolog eller noget andet".

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Dette er en meget stor og væsentlig bagside af psykiatriens dårlige image, fordi 'det at det er pinligt at sige man vil være psykiater' og det, at det 'opfattes som almindeligt at latterliggøre læger, der overvejer at blive psykiatere', kan være med til at udskyde eller helt forhindre valget af psykiatri, hvis den enkelte støder på 'noget', der også kunne være interessant undervejs – 'noget' med

⁸⁸ Og i øvrigt også i forstudieinterviewene med de studerende og yngre læger, der var interesserede i psykiatrien.

et image der gør, at det er nemmere at sige til sig selv og andre, at det er det, man gerne vil være. Det er altså vigtigt at få ændret dette image, hvis der skal være flere 'målrettede' inden for psykiatrien.

8.3.2 Lægmand kontra lægevurderinger af psykiatri

“Mine forestillinger var lidt da jeg læste, at det var sådan nogle lang-skæggede, umoderne, en stor fed islandsk sweater og majspipe”.
(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

I interviewene med de målrettede spurgte vi dem blandt andet om, hvilken anseelse de mente psykiatri havde blandt andre læger og blandt lægmand samt om, hvad familie og venner sagde til, at de ville være psykiatere. I deres svar på disse spørgsmål var det markant, at det mest var blandt andre læger, at psykiatrien blev anset for at blive vurderet som lavstatus:

“Det er super lavstatus. I hvert fald blandt andre læger og det er som om, der er den holdning, at hvis man ikke kan blive andet, så kan man i hvert fald blive psykiater. Man kan godt høre udtalelser [fra andre læger] om en kollega, om at hun da næsten er for dygtig til at blive psykiater. Der er også nogle, der synes, det er lidt påfaldende, at man er måske lidt ejendommelig, hvis man kan finde på det. Der må være en forklaring. Det kan ikke være bare, fordi man synes, det er interessant. Det er for mærkeligt”.
(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Igen forbinder de målrettede denne vurdering af psykiatrien med FADL-vagterne i psykiatri under lægestudiet.

“Blandt andre lægekolleger har det helt klart en lav anseelse. Jeg tror meget, det har noget at gøre med, at den erfaring andre læger har fra psykiatrien, det er fra vagten, hvor man kom ud som student. Og det har jo intet med arbejdet som psykiater at gøre. Og så igen også denne her isolering fra den anden lægegruppe. Så vi bliver sådanne nogle, der har valgt en hel masse ting fra og bevæger os et andet sted”.
(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det mest støttende om valget de målrettede bliver mødt med af andre læger er bemærkninger som: “det er da godt, der er nogle, der vil vælge det speciale”, eller “det var da godt, der var et fornuftigt menneske, der ville gå den vej”. Undtagelsen er lægerne i almen praksis, hvor der også er eksempler på, at de giver udtryk for “at det lyder da spændende”. Blandt ikke-læger i familie, venne- og omgangskredsen er tonen anderledes. Her er der generelt mere respekt om det at være psykiater. Mange har dog svært ved at skelne

mellem psykiatere og psykologer, nogle har læst om manglen på psykiatere og er derfor bekymrede, og nogle har den fordom, at psykiatere kun giver medicin, men der er ikke samme billede af, at psykiatere ikke er rigtige læger.

8.3.3 Ikke et rigtigt lægefag

Billedet om, at psykiatri ikke er et rigtigt lægefag, er et billede, som de målrettede er meget bevidste om eksisterer⁸⁹. Billedet bunder blandt andet i, at psykiatri anses for at være mindre naturvidenskabeligt end de andre lægespecialer og som udgørende et fag, de egentlig har meget lidt om på lægestudiet. Billedet om, at psykiatri ikke er et rigtigt lægefag, bunder også i, at psykiatere ikke anses for at vide nok om somatiske sygdomme⁹⁰.

Nogle af de målrettede har selv tænkt sådan om psykiatrien, dengang de var studerende, hvor de blandt andet forestillede sig, at der ville være meget af det, de lærte på medicinstudiet, de ikke vil komme til at bruge i hverdagen, hvis de valgte psykiatrien.

“Mit forbehold var, at jeg havde en forestilling om, at jeg ville kaste 80 % af alt det, jeg havde lært under studiet over skulderen, fordi psykiatrien er et speciale, der ligger lidt væk fra de andre specialer”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Flere opstiller dog modbilleder i interviewene. Modbilleder om hvor håbløst lidt somatiske læger kan om psykiatri og modbilleder om, at der rent faktisk er meget mere somatik i psykiatrien, end de fleste umiddelbart tror.

“Jeg synes ikke, det er rigtigt. Selvfølgelig er der meget somatik, jeg ikke bruger i det daglige og derfor bliver lidt rusten i, men alt det jeg har lært på studiet er en nødvendig forudsætning for at kunne finde ud af, hvad der foregår i psykiatrien”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Mange af de målrettede sætter megen fokus på, hvor vigtigt det er, at man som psykiater også er meget kompetent inden for det somatiske, fordi de psykiatriske patienter ofte også har somatiske lidelser, som skal vurderes og behandles. Nogle ser endda sig selv som en slags praktiserende læge for nogle af disse patienter. Eksempelvis for patienter hvis sociale liv medfører, at de ikke får besøgt en praktiserende læge med deres somatiske problemer. Samtidig er de målrettede meget bevidste om, at denne “fordom” overfor psykiatrien eksisterer og de anser den – sammen med de somatiske lægers manglende viden om det psykiatriske – for at være en barriere i samarbej-

⁸⁹ Billedet optrådte også i forstudieinterviewene med de medicinstuderende og de yngre læger.

⁹⁰ Følgende citat fra forstudieinterviewene illustrerer eksempelvis dette: “De er absolut uduelige til at behandle helt banale ting”. (forstudieinterview med yngre læge efter turnus).

det mellem de somatiske og psykiatriske afdelinger. Det, at psykiatrien ikke anses for at være på et somatisk set særlig højt niveau, anser de målrettede også for at have konsekvenser for rekrutteringen.

8.3.4 Psykiatriens fysiske placering: 'Lidt væk fra de andre specialer'

En af de ting, der gør psykiatrien anderledes end de andre sygehusspecialer er, at psykiatriske afdelinger – og især psykiatriske sygehuse – ofte ligger fysisk placeret væk fra de somatiske afdelinger – eller sygehuse. I interviewene med de målrettede blev de spurgt til betydningen af psykiatriens geografiske placering.

“Det har en betydning i og med, at der bliver en vis afstand mellem psykiatrien og de andre specialer. Og det, synes jeg, kan være et problem nogle gange i forhold til, at vi kan have svært ved og få tilsyn til vores patienter. Det er lidt mere omstændeligt og lidt sværere. Og fordi man er indlagt på en psykiatrisk afdeling skal man jo ikke have et dårligere tilbud, end hvis man var indlagt på hvilken som helst anden afdeling. Og det synes jeg faktisk nogle gange vores patienter får. Og nogle gange kan være problemet også være, at de somatiske afdelinger har svært ved at håndtere de psykiatriske patienter. Så derfor har de en modstand mod at tage vores patienter. Hvis vi rent fysisk lå lige ved siden af, så behøvede de heller ikke at tage dem, så kunne de i højere grad bare komme og tilse dem”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

En konsekvens heraf er også, at “man godt nogle gange som psykiatrisk læge kan føle sig kørt ud på et sidespor” og at der kan gå “langt mellem blodprøverne” og langt de fleste mener, at det er en fordel, når afdelingerne ligger tæt på hinanden – både for patienternes skyld og for samarbejdet og anseelsens skyld.

“Det minder jo både patienter og læger om, at det er et speciale på linje med alle andre specialer. Og der er rigtig mange problemstillinger, hvor der er behov for hinanden og for tilsyn. Og det er bare ikke særlig sjovt at stå med et hjertestop ude i [navn på hospital], hvor det tager lang tid, før der kommer en ambulance. Det er ligesom at være ude på en mark et eller andet sted. Prognosen for patienterne er i øvrigt også ringere”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Et afledt problem på det interkollegiale forhold til andre læger og for rekrutteringen er, at der er færre naturlige anledninger til at mødes fx i kantinen, og at psykiatrien isoleres og bekræftes som noget, der er anderledes.

“Man løber sjældent ind i kolleger fra andre specialer. I somatikken løber man tit ind i kolleger fra andre specialer. Når vi bliver derovre, så bliver vi isolerede og vi isolerer også os selv som nogle, andre læger ikke rigtig kender til. Og det tror jeg også er et problem for rekrutteringen. Man kender os ikke og løber ikke ind i os”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Dette er også i de målrettedes øjne med til at give psykiatrien et mystisk skær som noget, der ikke har ret meget med et hospital at gøre, hvor man behandler mennesker og i en eller anden grad, gør dem raske:

“Nogle gange var det mit indtryk, at man i somatikken syntes, at det var sådan lidt en opbevaringsstation, man havde ovre på den anden side. Og de så os måske ikke så meget som et hospital”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Psykiatriens fysiske og organisatoriske placering væk fra de andre specialer bidrager ifølge de målrettede således til, at psykiatrien opfattes som noget, der er anderledes end det somatiske, noget der snarere handler om ‘skøre mennesker’ end om syge mennesker. Placeringen bidrager også til billedet af psykiatere som nogle, der ikke kan finde ud af de mest basale somatiske ting. Der er ud over tilsynene ingen daglige anledninger til at mødes og tale sammen. De målrettede vurderer også, at psykiatriens isolerede beliggenhed bidrager til de somatiske lægers berøringsangst i forhold til at beskæftige sig med psykiatriske problemstillinger. Og den isolerede beliggenhed bidrager derudover til, at det er mere besværligt og tager længere tid at få udrett og behandlet somatiske problemstillinger på psykiatriske sygehusafdelinger. På hospitaler som eksempelvis Bispebjerg, hvor psykiatrien ligger i sin egen bygning men inden for hospitalskomplekset, fremhæves derimod det gode samarbejde på tværs af det somatiske og det psykiatriske.

8.3.5 Distriktpsychiatrien

I interviewene med de målrettede blev de også spurgt til betydningen af distriktpsychiatrien som noget, der gør psykiatrien anderledes i og med at der her er tale om en geografisk placering, der ligger uden for sygehuset. Distriktpsychiatrien er også i de i indledningen nævnte artikler blevet nævnt som værende en af de ting, der gav psykiatrien et dårligt image. På baggrund af forstudieinterviewene⁹¹ og interviewene med de målrettede må vi dog konkludere, at distriktpsychiatrien ikke ser ud til at have en afgørende påvirkning på hverken interessen for psykiatri eller de imageproblemer psykiatrien har.

⁹¹ Der var dog en yngre læge i forstudieinterviewene, der påpegede, at der, hvor man mest hører om distriktpsychiatrien, er, når den kommer til kort og han mente, at strømmingen med at lukke sengepladser måtte ses som værende mere økonomisk begrundet end til patienternes fordel. Han tilføjer: “Det må være sorgeligt at se de kummerlige eksistenser, at se dem gå rundt, uden at kunne indlægge dem”. (forstudieinterview med yngre læge inden for andet speciale).

“Jeg tror, jeg ser det sådan, at distriktpsykiatrien nærmest er et frem-skudt ambulatorium. Et ambulatorium der ligger i lokalområdet. Men jo det er jo selvfølgelig anderledes, fordi de andre specialer jo ikke har ting eller afdelinger, der ligger ude i byen. Men det har ikke noget at gøre med, om jeg er interesseret i psykiatrien, om distriktpsykiatrien var der eller ej”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Der er dog en tendens til, at det tværfaglige fokus i distriktpsykiatrien kan anses for at være problematisk, hvis linjerne ikke er helt klare. Og der er en tendens til at se stillinger i distriktpsykiatrien som værende meget en-somme.

“Jeg tror, det er meget individuelt alt efter, hvilken læge der sidder der og hvordan ledelsen er i det distriktpsykiatriske center, man er i. Jeg synes, det er vigtigt, at det er defineret, hvem der gør hvad. Det er util-fredsstillende, hvis man føler, det er sygeplejerskerne, der kører hele showet og så kommer man bare og sætter sit navn på recepten. Jeg synes ikke, det var så skægt at være i distriktpsykiatrisk center, som det var at være inde, hvor der var flere læger. Det var lige hyggeligt nok for mig. Der var lidt for meget kageklub over det. Jeg kan godt lide den faglige sparring der er inde på en stor afdeling”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det positive ved distriktpsykiatrien ses mest som værende, når distriktpsykiatrien har et meget tæt samarbejde med de psykiatriske sygehusafdelinger og de muligheder, det giver for de tværgående patientforløb.

8.3.6 ‘B-holdet’

De målrettede peger på, at der findes tre typer af psykiatere: 1) dem der primært er biologisk orienterede 2) dem der primært er terapeutisk orienterede og 3) dem der ikke kunne blive andet. Nogle af de målrettede mener, at det i praksis ofte vil være svært at finde en skillelinje mellem de biologisk og de terapeutisk orienterede og ser selv disse som komplimentære størrelser i deres behandlinger, men alle er enige om, at der findes et “B hold” og at disse er med til at give psykiatrien et dårligt image.

“Jeg tror, den er god nok, at psykiatri ikke bare har haft det ry, men at der også har været en tiltrækningskraft på mange, der har haft en personlig interesse, fordi de har haft en lille smert af et eller andet. Og så har det også et ry blandt andre læger, fordi folk vælger det tit sent i livet, har shoppet rundt, nogle ender i psykiatrien, fordi det var sidste udvej”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

og som følge heraf problemer med rekrutteringen:

“Det betyder ikke noget for mig personligt, men det betyder noget for rekrutteringen”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

“Egentlig gik jeg inde i mig selv med, at jeg nok skulle prøve psykiatri af. Og når jeg sagde det til nogen, så grinte de. Så sagde de arj det gider du da ikke og det er da ikke til at holde ud at arbejde med den gruppe patienter. Så der oplevede jeg meget negativt omkring patientarbejdet, men også nogle gange noget negativt omkring de læger, der var tilknyttet psykiatrien. Altså den der med at halvdelen af lægerne de havde selv været patienter engang”.

(Interview med målrettet i I-stilling)

Det, at det opfattes som relativt nemt at få stillinger inden for psykiatrien, og det at der er lægemangel i psykiatrien, anses blandt andet af de målrettede for at være en medvirkende årsag til, at der nogle gange ansættes læger i psykiatrien, som de målrettede ser som uheldige for fagets omdømme.

“Der er mangel på læger, hvilket gør, at det er et travlt område. Det kan nogle gange være lidt en ond cirkel, fordi så undgår man det speciale, fordi man ikke vil have for travlt. Og fordi psykiatrien har været lidt desperate for at få læger har de nogle gange ansat nogle, der ikke var helt egnede til det. Hvor der så har været nogle afdelinger, der ikke har fungeret godt af den grund og hvor der er ubesatte stillinger. Det er en af de få ulemper”.

(Interview med målrettet i I-stilling)

Det, at der er en del læger i uddannelsesstillingerne inden for psykiatrien – et bud blandt de målrettede er 33 % – der anses for at være meget svære at identificere sig med, anser de målrettede for at være et forhold, der kunne afskrække nogen fra at vælge psykiatri:

“Nogle gange kan man godt inden for psykiatrien møde nogle personer, hvor jeg har svært ved at se mig selv være ligesom dem. Men jeg har ikke været særlig følsom, hvis der har været nogen der ikke helt var gode nok, så har det ikke påvirket mig eller afskrækket mig. Men omvendt kunne jeg godt forestille mig, at det ville have været positivt, hvis der var nogle der havde været forbilleder. Blandt de ældre overlæger og professorerne var der nogle der var dygtige og som tegnede faget positivt. Det var mere blandt de yngre læger. Og det er så en gruppe, som man umiddelbart forestiller sig, man træder ind i, hvis man vælger

faget. Hvad er det for kollegaer man skal arbejde sammen med. Kan jeg se mig selv passe ind her?, ligner jeg de andre?”

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Lægerne kan støde ind i B-holdet i deres hverdag på nogle afdelinger, eller eksempelvis på deres obligatoriske introduktionskursus:

“På mit I-kursus i starten, der landede jeg med nogle frygtelige mennesker. Der var specielt to, hvor den ene var misbruger. Og sagde ingen ting. Der var jeg lige ved at sige, at hvis det er dem jeg skal sættes i bås med, så no way. Der har psykiatrien en virkelig vigtig opgave med at si dem fra, der ikke kan bruges. Og tage sig selv alvorligt. Og så må vi hellere løbe lidt hurtigere end at tage revl og krat. Hver gang man accepterer en dårlig kollega, så smider man en god ud. Så er der nogen der tænker hold da op, det her vil jeg ikke være med til”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

De målrettedes oplevelse er således, at ‘B holdet’ er problem for rekrutteringen og fastholdelsen, om end det ikke har afskrækket dem selv:

“Dem, det er svært at identificere sig med [...], havde jeg været mere i tvivl så havde det måske påvirket mig mere. Hvis jeg ikke havde været så glad for mit fag”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Tilstedeværelsen af et ‘B-hold’ i psykiatrien anses af de målrettede for at være en medvirkende faktor til psykiatriens dårlige image og til at det kan være svært at rekruttere til psykiatrien. For hvem ønsker at blive sat i samme bås som ‘B-holdet’? og når ‘B-holdet’ ifølge de målrettede fylder ca. 1/3 af uddannelsesstillingerne, så kan det være arbejdskrævende at se udenom dem og i stedet holde fokus på ‘A-holdet’.

8.3.7 Det kan være svært at holde fast i sin faglige kasket

Selvom de målrettede generelt anser det tværfaglige samarbejde for at være et gode i psykiatrien, så er der dog også flere af dem, der ser en kilde til problemer i det tværfaglige samarbejde. Problemer, som minder om de i indledningen skitserede, og hvor det også kan være svært at slå igennem som yngre læge i relationen til de andre faggrupper.

“Man kommer til et speciale, man har relativt lidt teoretisk uddannelse i fra universitetet. Man har overhovedet ingen praktisk erfaring og den erfaring man har, har man måske fra vagter (på fx psykiatrisk skadestue som introlæge). Og så kommer man til en personalegruppe, der

måske har lang tids erfaring. Og der kan det være lidt svært som yngre læge at kunne slå sig igennem og have en fornuftig position”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Og det kan ud over at være personligt hårdt også være tidskrævende at skulle argumentere for ‘sin sag’ og holde fast, at man som læge har noget at skulle have sagt.

“Det var svært at holde fast i sin lægekasket. Alle havde lige meget at sige og det var frustrerende og tidskrævende ved konferencerne, når alle skulle udtale sig om det hele og ikke bare komme med et bidrag ud fra hver deres faglige perspektiv. Og alle skulle være der. Alle udtalte sig om psykopatologi med lige stor vægt og insisterede på at blive hørt. Det var et gedemarked”.

(interview med målrettet i hoveduddannelse)

Specielt i forhold til plejerne kan det også være svært at få lov til at vise, at man er i tvivl og ikke har det ‘rigtige’ svar parat:

“Der er nogle af plejerne, der har rigtig mange års erfaring. Og den bruger de og misbruger de. Ind imellem synes jeg kontakten er mere positiv til sygeplejerskerne, hvor de har mere forståelse for, at man kan være i tvivl og hvor det også er tilladeligt at være i tvivl og diskutere, hvad man kan gøre”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det, at det tværfaglige fokus fylder så meget, har altså ifølge mange af de målrettede også en pris i og med at det kan være svært at komme og gøre sig gældende som yngre læge overfor nogen, der har mange års erfaring og som ikke nødvendigvis anerkender, at det er lægen, der tager de behandlingsmæssige beslutninger. Nogle af de målrettede peger på, at dette i endnu højere grad er et problem inden for børne- og ungdomspsykiatrien, hvor de kender eksempler på læger, der ikke ville være børne- og ungdomspsykiatere alligevel af denne årsag. Det store tværfaglige samarbejde synes således at være et tveægget sværd, der både rummer store fordele og ulemper.

8.3.8 Problematiske uddannelsessteder

Selv om de målrettede generelt er meget positive over for deres uddannelsesforløb både hvad angår struktur og indhold, så peger de også på enkelte forløb, der kunne have været mere hensigtsmæssige. Nogle af de målrettede peger således på, at der er rum for forbedringer på nogle af de afdelinger, de er blevet uddannet på i deres blokstillinger.

“Overlægen var sød og charmerende, men han var der ikke særlig meget. Jeg kunne ikke bruge ham til noget fagligt. Når jeg kom og spurgte om noget, sagde han: Hvad synes du selv?”

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Nogle havde valgt afdelinger fra, da de søgte deres introduktions- og blokstillinger, fordi de vidste, at der var et dårligt uddannelsesmiljø på afdelingerne – typisk på grund af lægemangel og ansættelse af læger, der ikke ansås som værende så dygtige, som de kunne have været på grund af lægemangel.

8.4 Hvad kan der gøres?

I interviewene med de målrettede peger de på fire ting, der kunne gøres for at forbedre rekrutteringen til psykiatrien. Det drejer sig om 1) at gøre noget ved FADL vagterne, så de studerende ikke får et så negativt billede af psykiatrien. 2) at fremhæve psykiatrien som et fag der ikke kun behandler ‘håbløse tilfælde’, men også kan fremvise gode behandlingsresultater. 3) at foretage en højere grad af selektering i, hvem der får uddannelsesstillinger og speciallægegodkendelse i psykiatri, således at flere fra ‘B-holdet’ sorteres fra. Og 4) at gøre psykiatri til en valgfri del af turnus. Alle disse fire punkter tages op i rapportens afsluttende diskussion, men først ses nærmere på, hvad de målrettede sagde om at lægge psykiatri ind i turnus.

8.4.1 Psykiatri ind i turnus

Udspringende af de målrettede kommentarer og idéer om turnus er idéen om psykiatri som en valgmulighed i turnus blevet vendt med de målrettede psykiatere ved de sidste tre interview. Disse tre var alle meget positive over for ideen og mente selv, de ville have valgt psykiatri i stedet for kirurgi, hvis de havde haft muligheden for det. Og så i stedet havde fået et kursus i basal skadestuekirurgi og hvordan genkender man en blindtarmsbetændelse agtig viden.

“Det ville jeg helt sikkert have gjort. [...] turnus er frygtelig hård fordi man kun er der ½ år af gangen [...] man drøner rundt [...] det at der var flere der kom ud og erfarede, hvad det ville sige at arbejde i psykiatrien. Det kan man måske også se ved, at der er flere fra almen praksis, der vælger psykiatrien, de er de eneste, der har været tvunget ud i psykiatrien. Jeg tror, det vil være godt for psykiatri, om man kunne komme ind i turnus. Igen også med argumentet om, at man møder godt nok meget psykiatri i somatikken. Så lige så vel som man har kontakt med almen praksis, så tror jeg, det er vigtigt med kontakt til psykiatrien”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Der nævnes både muligheden af tre måneder i psykiatrien:

“Min tanke er, at hvis man havde tre måneders ophold i psykiatri og kom ud at se hvad det var. Det ville gøre en kæmpe forskel for rekrutteringen til psykiatrien. Folk ved jo ikke, hvad det er. De har jo ikke prøvet det. Jeg synes også, det er meget givtigt at have med i andre specialer, at man har set hvordan andre specialer fungerer og har set nogle sindssyge patienter. Fordi de kommer også på andre afdelinger og så tænker de åh, nej, hvad skal vi så gøre. Så det burde høre med til at blive læge, at man havde noget psykiatri. Jeg synes, man skulle skære noget af kirurgi og almen praksis. Medicin mener jeg ikke, man skal skære på, selvom det er en stropetud. Man lærer noget af at være er. Det tager tre måneders tid at komme ordentligt ind i en afdeling og til at mestre nogle ting. Hvis man har kortere tid på en kirurgisk, så må de stramme op på det, for man får alligevel ikke lov til ret mange ting”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Og det drøftes, hvad der ville ske, hvis psykiatri blev en valgmulighed i stedet for kirurgi eller almen medicin. Holdningen er, at medicin bør der ikke skæres i.

“Det ville kirurgerne nok blive kede af. Rent fagligt jo [...] man skal kunne spotte en blindtarmsbetændelse mm. Så det skal ligge et sted fx i studiet. Det akutte. Men seks måneders kirurgi er rigeligt. Almen medicin mener jeg bestemt kan kortes ned”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det diskuteres også, hvad det ville betyde rent uddannelsesmæssigt at have så korte ophold på kun tre måneder, om ikke dette ville volde store problemer for afdelingerne.

“Det stiller nogle krav til uddannelsesstedet. Der er også noget om driften af afdelingen. Så det stiller krav til introduktionen af folk. Hvis der er valgfrit element i det, må man gå ud fra at dem der hader kirurgi ikke vil vælge det. Og det er nok også dem der er svære at få noget drift ud af. Men børnepsykiaterne kommer på fokuseret ophold i nogle måneder, hvor de når at få set en masse ting”.

(Interview med målrettet i hoveduddannelse)

Det påpeges generelt i flere af interviewene med de målrettede, at man lærer mest af at være i turnus på afdelinger, man interesserer sig for – og hvor overlægerne følgelig interesserer sig for en. Holdningen er, at overlægerne ikke “gider” at investere i en, hvis man alligevel skal være eksempelvis psykiater. Resultatet heraf er blandt andet, at man helst ikke skal tale for højt om,

at man vil være psykiater, når man eksempelvis er i turnus på en ortopædkirurgisk afdeling:

“De kan sende nogle mærkelige blikke, når man siger, man har den interesse, så det gjorde jeg ikke ret meget der. For så var det ikke sikkert, jeg kom med til ret mange operationer. Sådan er det jo lidt, hvad man viser af interesse, at hvis det er noget der ligger meget langt væk fra det man står i nu, så ser de jo ikke nogen interesse i at bruge en masse krudt på mig”.

(Interview med målrettet i l-stilling)

8.4.2 Mulighederne for forbedring af kvaliteten af speciallægeuddannelsen i psykiatri

En del af den internationale forskning peger på, at sikringen af kvaliteten i uddannelsen – den præ- såvel som den postgraduale – er blandt de mest centrale faktorer for rekrutteringsmulighederne i lægelige specialer (Sierles et al. 1995; Sierles et al. 2003). Tilbage i 1980'erne pegede en uddannelses-enquete blandt alle medlemmerne af Fraktionen af Yngre Psykiatere (FYP) på, at de yngre psykiatere selv vurderede, at uddannelsen var for dårlig (ringe intern undervisning i afdelingerne samt for lidt psykoterapi-supervision) (Saxkjær et al. 1985). En spørgeskemaundersøgelse fra 1993 blandt de yngre læger på landets psykiatriske afdelinger om den kliniske videreuddannelse i voksepsykiatri foretaget af FYP viste, at uddannelsen, trods blandt andet forsøg med uddannelsesintensive afdelinger, var mangelfuld. Målestokken var Dansk Psykiatrisk Selskabs mål- og funktionsbeskrivelse for psykiatri (1984), og man fandt at 97 % havde fået en mangelfuld introduktion, 50 % fik ikke tilbudt de anbefalede to kliniske konferencer om måneden, 69 % fik ikke det anbefalede antal litteraturkonferencer tilbudt og 43 % fik mindre end to timers teoretisk undervisning om måneden (Birket-Smith et al. 1993).

En (nu tidl.) uddannelsesansvarlig overlæge i psykiatri, Anton Aggernæs, har i samarbejde med et par yngre læger udarbejdet et værktøj med 20 faktorer til evaluering af videreuddannelsens kvalitet. Tabel på side 142 viser de yngre lægers vurdering af både faktorernes vigtighed og af den aktuelle kvalitet på en enkelt psykiatrisk afdeling.

Aggernæs pegede blandt andet på, at det er vigtigt at basere uddannelsesindsatsen på viden frem for udelukkende på (uddannelsesansvarlige) overlægers personlige holdninger til uddannelse, herunder hvor “omsorgsfulde” man skal være overfor yngre læger. Desuden peger han på vigtigheden af at prioritere både stillingen som uddannelsesansvarlig overlæge, men også at denne prioriterer mellem de mange forskellige mulige indsatsområder for uddannelse, og at denne prioritering foretages på et kvalificeret grundlag (Aggernæs 1996).

Tabel 1. Faktorer af mulig uddannelsesmæssig værdi på psykiatrisk afdeling. Med middeltal for yngre lægers skøn over deres vigtighed (på skala fra maks. fem til min. en) og middeltal for aktuel tilstandskvalitet (maks. fem og min. en).

Faktor/variabel	Vigtig- hed	Aktuel kvalitet
1. Vejledersamtaler: Start, midtvejs, slutvurdering	4,0	3,4
2. Vejledersamtaler, ud over de tre (ovennævnte) obligate	3,8	3,1
3. Ugentlig tværfaglig undervisningstime	3,4	3,3
4. Ugentlig undervisningstime for (kun) læger og psykologer	4,7	4,3
5. Introduktion den første uge ved uddannelsesansvarlig overlæge	4,4	4,6
6. Introduktion den første måned ved andre læger den den uddannelsesansvarlige	4,5	3,6
7. Superviseret stuegang med erfaren bisidder fra eget afsnit	4,3	1,8
8. Overværet erfaren lægers stuegang	3,7	2,1
9. Stuegang med uddannelsesansvarlig overlæge som bisidder	3,4	1,7
10. Morgenkonference om nye patienter og vagtens problemer, med overlæger til stede	4,1	3,6
11. Middagskonference med lokal overlæge/afdl.læge, 20 min. daglig	4,9	2,9
12. Fælles middagskonference for alle afsnit (ti min.)	3,3	3,0
13. At lægerne spiser frokost sammen en halv time daglig	4,2	4,0
14. »Klinik«, hvor læger sammen bedømmer psykopatologi hos faktisk interviewet patient	4,6	1,6
15. Som 14, men hvor der bedømmes på videooptaget patientinterview	4,4	1,4
16. Klinikker for yngre læger, med vægt på præmisser for at lægge total behandlingsplan	3,9	2,0
17. Kollegialt klima, hvor man over lav tærskel kontakter mere erfarne læger	5,0	4,3
18. En god, ajourført instruktionsbog	4,4	4,0
19. Samarbejdet med afdelingens psykologer	4,2	3,3
20. Supervision på erklæringer, epikriser m.m.	4,6	3,3

Kilde: Figuren er gengivet direkte fra artiklen (Aggernæs 1996)

Et par år efter foretog Fraktionen af Yngre Psykiatere en opfølgende landsdækkende undersøgelse på basis af en videreudvikling af Aggernæs' 20 faktorer en undersøgelse med i alt 29 faktorer blandt alle afdelinger med fase II og III læger (Løkke et al. 1998). Denne undersøgelse bekræfter A. Aggernæs' fund om, at det væsentligste for uddannelsen vurderes at være uddannelseskulturen – også kaldet det "kollegiale klima, hvor man over en lav tærskel kontakter mere erfarne læger" – i højere grad end egentlige og formaliserede uddannelseselementer. Således peges der i undersøgelsens konklusion på, at en forbedring af uddannelsen kræver ressourcer, men at det ikke er gjort med ressourcer alene. Et holdningsskifte både hos yngre og seniore læger er af afgørende betydning.

Det kan af ovennævnte konkluderes, at der gennem en del år har været fokus på den postgraduale uddannelse inden for psykiatri. Måske er det dette fokus, der har båret frugt, for interviewene med de målrettede kommende psykiatere viser (ligesom også resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne og forstudieinterviewene), at psykiatrien anses for at være et særdeles godt speciale at uddanne sig inden for. Det, der peges på her, er dog, at der kan være store forskelle uddannelsessteder imellem og at nogle steder ikke er attraktive på grund af psykiatermangel og de afledte konsekvenser heraf.

9. Diskussion og anbefalinger

I dette afsluttende kapitel diskuteres en række af undersøgelsens resultater og hvilke anbefalinger disse leder frem til. Det skal her bemærkes, at undersøgelsen primært omhandler medicinstuderende og yngre lægers perspektiver på psykiatrien og at anbefalingerne derfor udspringer af de input de medicinstuderende og de yngre læger – herunder særligt de målrettede kommende psykiatere – har bidraget med. Havde fokus i undersøgelsen været på andre aktører såsom fx undervisere i psykiatri på de tre universiteter eller i højere grad på overlæger i psykiatrien, ville anbefalingerne givetvis have afspejlet andre perspektiver på, hvad der bør gøres for at forbedre rekrutteringssituationen.

Undersøgelsen viser, at de psykiatriske specialer er den specialegruppe, som langt de fleste allerede på et tidligt tidspunkt har fravalgt (46 % af de studerende og 61 % af de yngre læger). En stor del heraf (42 % af de studerende) angiver endog at have fravalgt psykiatri før studiestart. Der er således tale om et speciale, som mange har en forudindtaget holdning til. Samtidig er der tale om en specialegruppe, som mange (40 % af de studerende og 20 % af de yngre læger) endnu ikke har gjort sig nogen overvejelser om.

Psykiatrien er uden sammenligning det speciale, der har det dårligste image. Det kliniske arbejde opfattes som uinteressant, graden af videnskabelighed anses for at være lav, behandlingsmetoderne anses for at være ineffektive, patientforløbene anses for at være ekstremt lange, patienterne anses for at være meget svære at arbejde med og patienterne opfattes som stort set uhelbredelige.

Ikke desto mindre er der 14 % af alle de studerende og 11 % af de yngre læger, der overvejer (eller har valgt) at tage en speciallægeuddannelse i psykiatri. Dette er positivt i og med, at en fastholdelse af denne gruppes interesse for psykiatri i sig selv vil kunne dække rekrutteringsbehovet i psykiatri. Samtidig viser undersøgelsen af specialepræferencer før og efter klinikopholdet i psykiatri, at disse fravalg i høj grad er påvirkelige, og således sås en stærk forøgelse af interessen for psykiatri efter klinikopholdet. Dette betyder på den ene side, at lægernes interesse for psykiatri ikke bør tages for givet, på den anden side, at der stadig er muligheder for at gøre flere læger interesserede i psykiatri som speciale.

Skal lægernes valg af psykiatri påvirkes i en positiv retning er der grund til at bide mærke i, at et godt uddannelsesmiljø, et godt psykisk arbejdsmiljø, og mulighed for faglig sparring toppe i væsentlighed, når både studerende og yngre læger skal fremhæve faktorer i valget. Psykiatri har gode muligheder for

at markere sig netop på disse felter, som alle fremhæves i interviewene med de målrettede, kommende psykiatere som værende faktorer, der er specielt velfungerende i psykiatrien.

For at få flere af de yngre læger til at vælge psykiatri kan der dog på baggrund af undersøgelserne argumenteres for, at psykiatriens image skal ændres, herunder specielt opfattelserne af hvorvidt det kliniske arbejde gør en forskel og hvorvidt arbejdet er klinisk interessant og at dette blandt andet skal ske på baggrund af de studerendes og de yngre lægers møder med psykiatrien.

Hvis der på sigt skal modvirkes lægemangel inden for psykiatrien, er det nødvendigt dels at rekruttere flere til psykiatrien, dels at reducere lægernes gennemsnitlige kandidatalder når de påbegynder speciallægeuddannelsen i psykiatri. En reduktion i kandidatalder ved at få flere af 'de målrettede' ind i psykiatrien vil have flere positive virkninger. For det første vil det betyde flere år som speciallæge for hver enkelt læge, for det andet vil en større andel af de målrettede være med til at modvirke psykiatriens image om, at psykiater er noget, man bliver, hvis man ikke kunne blive andet, jf. afsnit 8.3.6 og følgelig som noget man bliver sent i sit lægeliv. Dette betyder ikke, at der ikke skal være læger i psykiatrien, der tidligere har været praktiserende læger eller som har forskellige afbrudte hoveduddannelsesforløb inden for andre specialer bag sig, disse er nemlig også med til at give somatisk erfaring og livserfaring til faget. Men der bør være en bedre balance mellem disse to grupper.

I det følgende vil vi først se på barriererne for at få flere af de målrettede og dernæst på, hvad der konkret kunne gøres for at ændre situationen.

9.1 Problemer om for lidt og for dårlig kontakt med specialet

Der er god grund til at antage, at mængden og kvaliteten af den kontakt, yngre læger har haft med et speciale i løbet af deres studie og turnus, er vigtig for deres valg af speciale – og ikke mindst hvor hurtigt de kommer ind i det for dem rigtige speciallægeuddannelsesforløb. På baggrund af undersøgelsen må det konkluderes, at psykiatrien her har fire store udfordringer:

1. Den sene og perifere placering på lægestudiet.
2. Kvaliteten af kontakten på FADL-vagterne.
3. Fraværet af kontakt til psykiatri i turnus.
4. Psykiatriens geografiske og organisatoriske placering.

Omvendt ser det ud til, at undervisningen i psykiatri på medicinstudiet og klinikopholdet i løbet af studiet i overvejende grad udgør en positiv kontakt til psykiatrien. Der er således næppe de store muligheder for at forbedre disse

parametre. Indsatsen for forbedringer i klinikopholdene bør derfor i højere grad være lokale, der hvor klinikopholdene fungerer mindre hensigtsmæssigt – fx på grund af manglen på psykiatere.

9.1.1 Placeringen af psykiatri på medicinstudiet

“Jeg overvejede psykiatri inden jeg startede på studiet. Men først på studiet bliver man meget afskrækket fra psykiatri. Der er en masse fordomsfulde holdninger blandt lægerne, underviserne og de studerende. Det er svært at forklare hvordan. Men det er ligesom noget der bliver rynket på næsen af. Og så er der jo alle FADL-vagterne. Mange opfatter det som en gren, der ikke hører til. Altså for de tidlige medicin-studerende er det ikke noget, der er med i identiteten. Folk der lige er startet på medicin er ofte lidt selvfede. Nu skal de ud og redde menneskeliv. Og så lærer man jo først en masse om fysiologi og anatomi. Det er det fysiske det handler om. Action. Akutmedicin. Hvis man så siger, at man godt vil være psykiater, er det ligesom: ‘Øhh – hvorfor læser du så ikke psykologi?’”.

(Forstudieinterview med medicinstuderende)

Det fremgik i interviewundersøgelserne, at de yngre læger selv mener, at fokus på lægestudiet i overvejende grad er meget naturvidenskabeligt, og at psykiatri ikke anses for at høre helt hjemme her. Psykiatere er ikke helt i samme grad “rigtige læger” og der er en forventning om, at man ikke vil kunne bruge hovedparten af det, man har lært på studiet, hvis man bliver psykiater. Noget af dette handler måske om det image psykiatrien har og der ligger sandsynligvis en undervurdering af, hvor meget somatik psykiatere har også på de psykiatriske afdelinger. Samlet set siger det dog noget om måden psykiatrien indgår på som et perifert element i uddannelsen. Dette er tankevækkende i og med, at psykiatri er det 4. største lægelige speciale.

Undervisningen i psykiatri vurderes af de studerende til at være den enkelt-faktor, som har den mest positive indflydelse på de studerendes opfattelse af specialet. Der vil altid være et potentiale for at forbedre enhver uddannelse og enhver undervisningssituation. Men meget tyder på, at det ikke er her, de største problemer befinder sig. Dog er der en anden faktor relateret til uddannelsen, som er væsentlig at have for øje: De studerende angiver, at den faktor, som har haft den største negative indflydelse, faktisk er andre studerende, og deres holdninger til psykiatrien. Meget tyder således på, at selvom undervisningen ikke rummer hverken de store problemer eller det store potentiale for forbedring, så bør der alligevel sættes ind i studietiden, idet påvirkningen fra andre studerende er den største negative kilde.

Som tidligere nævnt er Danmark ikke det eneste land med rekrutteringsproblemer inden for psykiatrien. Derfor findes der også i udlandet inspiration til forskellige typer af interventioner. Der findes forskellige typer af aktiviteter, som har vist sig at have en positiv effekt på rekrutteringen til specialer. Et sådant program er CAPP – Combined Accelerated Program in Psychiatry, som er kendt fra University of Maryland, og hvor en mindre gruppe af 1.års studerende, som er interesserede i psykiatri gives mulighed for at deltage i et program bestående af små intensive læsegrupper de første to år, hvorefter der suppleres med en klinisk del, hvor de studerende får deres gang (ca. ugentligt) på psykiatriske afdelinger. CAPP og dets resultater er nærmere beskrevet i (Weintraub, Plaut & Weintraub 1999). Blandt de elementer, som de studerende efterfølgende selv angiver som værende væsentligt i rekrutteringsøjemed er bl.a. undervisning i mindre grupper, tidlig patientkontakt og fokus på læge-patientforholdet, kontakt til (karismatiske) psykiatere, samt de sociale og faglige fordele ved at være sammen med en gruppe af studerende, som deler interessefelt.

Hvis man skulle styrke psykiatriens image og kontakten til psykiatrien under studiet, kunne der dannes sådanne interessegrupper⁹² på hvert studie. Disse kunne være med til at skabe et positivt fokus, et samlingspunkt gennem fx et årligt weekendkursus med undervisning, fest og legatuddeling. Oplagte deltagere i sådanne interessegrupper kunne eksempelvis være den lille gruppe af studerende, som på 10. semester udtrykker interesse for psykiatri, hvoraf der for en fjerdedels vedkommende er tale om en interesse, de har med fra før studiestart.

9.1.2 Forbedring af FADL-vagterne?

Undersøgelsen af FADL-vagterne, deres omfang, deres indhold og deres effekter på specialevalget har vist et stort potentiale for forbedring af rekrutteringssituationen, hvis der kan ændres i FADL-vagternes indhold. Der kunne sættes ind på flere fronter.

For det første er det væsentligt at gøre de psykiatriske afdelinger bevidste om, hvilken effekt FADL-vagterne har, og dermed hvilken betydning de har for rekrutteringen til specialet. Udfordringen består i at gøre FADL-vagterne bedre, uden at det rent ressourcemæssigt trækker for meget på afdelingernes øvrige ansatte. Men det er muligt, at blot en lille investering i afdelingernes FADL-vagter og en større bevidsthed om FADL-vagterne, vil have stor effekt på den nuværende situation. Hvis afdelingerne generelt var mere opmærksomme på vigtigheden af kontakt med FADL-vagterne i form af at sætte dem ind i opgaver og samle op på ubehagelige oplevelser med pa-

⁹² Dorte Sestoft trækker anæstesiologerne og deres charme-kampagne frem og foreslår scholarstipendier og interessegrupper for stud.med. er (Andersen 2004). Et andet eksempel kunne som nævnt i et af de gennemførte interview være yngre øjenlæge forenings aktiviteter.

tienter, ville FADL-vagternes indtryk måske blive mindre negativt eller endog mere positivt.

En anden mulighed er at ruste FADL-vagterne bedre til arbejdet på de psykiatriske afdelinger ved at uddanne dem, fx på linje med 'ventilator-uddannelsen'. FADL-vagterne i psykiatri er så omfattende, at der er volumen nok til at bære en sådan uddannelsesmæssig indsats. Dette ville betyde, at der kunne gives mere viden om psykiatrien, det kliniske arbejde og ikke mindst patienterne. En sådan baggrundsviden, og bedre uddannelse som forudsætning for FADL-vagter på psykiatriske afdelinger, ville ruste de studerende langt bedre til arbejdet, og muligvis både gøre det mindre skræmmende og mere interessant. Samtidig ville det gøre de studerende bedre i stand til at yde kvalitet i deres patientkontakt og at gå i faglig dialog med øvrige medarbejdere.

9.1.3 Psykiatrien ind i turnus?

Under turnus er der på nuværende tidspunkt intet direkte ophold i psykiatrien. Der er i Danmark 37 godkendte specialer, og kun de tre største af disse – almen medicin, intern medicin og kirurgi – er repræsenteret i turnus (dog er ni af specialerne internmedicinske og fem er kirurgiske, så reelt er 15 specialer mere eller mindre direkte repræsenteret) (Sundhedsstyrelsen 2003a).

Psykiatri er det største blandt de specialer, der ikke er direkte repræsenteret i turnus (Sundhedsstyrelsen 2003b). Kontakten med psykiatrien under turnus vil ofte være begrænset til, når psykiatere kommer på psykiatriske tilsyn på medicinske afdelinger eller i skadestuen, eller med psykiatriske patienter i almen praksis. På baggrund af undersøgelsen kan der peges på to problemer hermed: For det første styrkes opfattelsen af psykiatri som et speciale, der ikke er centralt for virket som læge. For det andet opretholdes det manglende kendskab til arbejdet i psykiatrien også blandt de læger, der senere skal arbejde som somatiske læger, men også på de somatiske afdelinger vil komme i kontakt med patienter, der også har psykiatriske symptomer. Dette er ekstra problematisk, da psykiatri generelt er placeret perifert geografisk og administrativt, hvilket kan være med til at underbygge det manglende kendskab og mytedannelser.

Rekrutteringssituationen i Danmark har ført til, at det nu foreslås, at psykiatrien også bør være en del af turnus (Skausig 2005), Sestoft, Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab (Andersen 2004). Bag dette ønske ligger den tese, at mere kontakt vil forbedre rekrutteringssituationen. Dette ønske nævnes også i interviewundersøgelsen, se afsnit 8.4, hvor det overvejes, om en placering i turnus kunne ændre rekrutteringen til psykiatrien.

I Norge har man i 1998 ændret turnus således, at den norske turnustjeneste på sygehuse enten kan ligne den danske (6 måneders tjeneste ved generel

kirurgisk afdeling og seks måneders tjeneste ved generel internmedicinsk afdeling), eller der kan vælges en alternativ ordning, hvor de andre specialer kan indgå på lige fod med kirurgi og internmedicin⁹³. Baggrunden for denne ændring var primært et behov for at øge antallet af turnuspladser, men ordningen gav således mulighed for at vælge turnus til.

Imidlertid har man på baggrund af en undersøgelse af mulighederne for at indføre obligatorisk turnus i psykiatri i Norge (Sosial- og helsedirektoratet 2003) valgt at indføre en forsøgsordning fra 2006, med tre måneders obligatorisk psykiatri. Dette sker uden forlængelse af turnus, således at intern medicin fortsat varer seks måneder, men kirurgi er nedsat til tre måneder (Helse- og omsorgsdepartementet 2005). Baggrunden for de norske reformer er ikke de samme som i Danmark. I Norge er problemet primært behovet for flere turnuspladser. Den obligatoriske psykiatri betyder blandt andet, at distriktpsykiatrien i et vist omfang inddrages som turnussted.

Da ordningen først indføres i 2006, foreligger der endnu ingen evalueringer. Imidlertid foreligger to evalueringer af den frivillige ordning med tredelt turnus som har været i kraft siden 1998. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) har foretaget en evaluering, som blandt andet peger på, at de psykiatriske afdelinger er overvejende positive, og at den psykiatriske turnus giver kandidaterne et bedre grundlag for turnus i primærsektoren (=kommune helsetjeneste). Desuden peger undersøgelsen på, at psykiatri i turnus giver en indføring i faget, som øger rekrutteringen til faget – om end der ikke præsenteres nøjere data, som underbygger dette (Sosial- og helsedirektoratet 2003). En anden undersøgelse af turnuskandidaternes kliniske erfaringer gennem fire måneders psykiatriturnus (foretaget som en spørgeskemaundersøgelse med en svarprocent på 61) viser, at over 2/3 mente, de havde lært meget eller mere end forventet, hvilket gjaldt både dem, som havde en speciel interesse for psykiatri og dem, som ikke havde (Sorensen, Sexton & Olstad 2004).

Den samlede vurdering af psykiatri i turnus i Sosial- og helsedirektoratets udredning, som Helse- og Omsorgsdepartementet har lagt til grund for forsøgsordningen med obligatorisk psykiatri i turnus, kan opsummeres som følger:

- Psykiatri bør defineres som et af de store medicinske fag, på linje med internmedicin og kirurgi, idet man i alle dele af sundhedsvæsenet ofte møder patienter med psykiske lidelser og problemer. Det skønnes at mel-

⁹³ Tredelt turnus består af: 4 måneders tjeneste ved generel kirurgisk afdeling, 4 måneders tjeneste ved generel indremedicinsk afdeling og 4 måneders tjeneste ved én af enten psykiatrisk afdeling, barneafdeling, anesthesiavdeling eller afdeling for kvinnesygdomme og fødselshjelp. (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

lem 15 og 20 % af befolkningen lider af psykiske lidelser i mildere eller alvorligere grad.

- Der foreligger ingen alvorlige indvendinger mod indførelse af psykiatri i turnus. Det største problem relaterer sig til tredelingen af sygehusturnus, og de negative konsekvenser dette kan få for et eller begge de to andre specialer i sygehusturnus. (Sosial- og helsedirektoratet 2003).

Den primære bevæggrund for indførelsen af den obligatoriske psykiatri i norsk turnus, har således ikke været en forbedring af rekrutteringssituationen, om end dette har været en af de positive bivirkninger, man har været bevidst om. Argumentet har i højere grad knyttet sig til behovet for flere turnuspladser, og for psykiatriens relevans for virket som læge – også i de somatiske specialer.

Det kan på baggrund af interviewene med de målrettede overvejes, om psykiatri bør have en plads i turnus. Dette kunne have følgende fordele:

- Det kunne få flere til at snuse til psykiatri, der måske ellers ikke ville være kommet i kontakt med specialet.
- Det ville kunne højne viden om psykiatriske problemstillinger blandt læger, der senere vælger somatiske specialer.
- Psykiatri kunne i højere grad få status af at være 'et rigtigt' og et vigtigt lægefag.
- Det kunne få dem, der er interesserede i psykiatri, men er i tvivl og derfor udskyder valget eller vælger andre specialer til tidligere at vælge psykiatri.
- Det ville være nemmere at komme igennem turnus for dem, der 'hader' kirurgi så meget, at de kunne overveje helt at falde ud af turnus.

9.1.4 Psykiatriens geografiske og organisatoriske placering

Den måde psykiatribehandling er organiseret på, kan medvirke til at gøre specialet mindre attraktivt. Helt overordnet handler dette om, at psykiatrien ikke entydigt er en del af sundhedsvæsenet, men i stedet befinder sig i et krydsfelt mellem sundheds- og socialvæsen. I visse amter er psykiatrien derfor underlagt ikke-sundhedsfaglige forvaltningsenheder, hvilket påvirker hele områdets identitet. Mere specifikt er tesen, at distriktpsykiatrien og dens organisering kan påvirke yngre læger til ikke at vælge psykiatri. Begrundelsen skulle være, at lægerne i distriktpsykiatrien ofte sidder meget alene og fagligt isolerede, samtidig med at de har en uklar rolle i forhold til de andre professionelle grupper. Interviewene med de målrettede giver ikke anledning til at mene, at distriktpsykiatrien er et stort problem, der bør gøres noget ved. De fleste kunne ikke umiddelbart se sig selv der, fordi de oplever, at man sidder meget alene, men de har ellers mange positive ting at sige om distriktpsykiatrien. Den geografiske placering i bygninger og hospitaler, der

ligger langt væk fra de somatiske specialer, anser de fleste dog for at være et stort problem. Et problem der ifølge de målrettede har afledte konsekvenser for kvaliteten af patientarbejdet og for psykiatriens isolering fra de andre lægefag.

9.2 Fokus på billedet af de psykiatriske patienter

På baggrund af både forstudieinterviewene og spørgeskemaundersøgelserne kan der formuleres en tese om, at det er patienttypen i psykiatrien, som afholder en del læger fra at vælge psykiatri. Patienterne opleves som sværere at håndtere og sværere at behandle end somatiske patienter. Det at patienterne er psykiatriske med alt, hvad det indebærer for relationen patient-behandler og måden at bruge sig selv på som fagperson, det står ikke umiddelbart til at ændre. Det er indlysende, at der er og må være yngre læger, der foretrækker kortere og også mere overfladiske patientkontakter. De skal selvfølgelig arbejde i de specialer, der passer til dem. Der, hvor der kan sættes ind i forhold til de psykiatriske patienter, det er derimod på områder, der kan være med til at afmystificere psykiatrien. Vi ser her følgende udfordringer:

1. At ændre på billedet af de psykiatriske patienter som uhelbredelige.
2. At fremme indsigt i psykiatriske behandlingsmetoders effektivitet.
3. At afmystificere det at være psykisk syg.
4. De afledte imageproblemer af brugen af tvang.
5. Trusler og vold i psykiatrien.

Det relativt nemmeste at gå i gang med her vil nok være at skrive om psykiatriens positive resultater fx i Ugeskrift for Læger.

9.3 Fokus på billedet af psykiatere

Det, som vi har vist i denne undersøgelse angående rollemodeller, er, at de målrettede peger på, at der er mange rollemodeller inden for psykiatrien specielt blandt overlægerne og at disse har haft en afgørende betydning for deres specialevalg. Flere af disse overlæger nævnes som den direkte årsag til, at de målrettede vælger at blive psykiatere – og der er ikke tale om en lille håndfuld af de samme overlæger – men derimod om mange forskellige overlæger. Temaet om rollemodeller er vigtigt, fordi noget af det, der er mest afgørende er, hvor man er blevet taget godt imod, om man kan se sig selv arbejde i faget på sigt og herunder ikke mindst, at der er nogen seniorer læger, den enkelte kan spejle sig selv i.

Der peges dog også på, at der er en population af – specielt kommende – psykiatere på ca. en tredjedel, som anses for at være 'endt op' i psykiatrien – mere som resultat af fravalg, end af deciderede tilvalg og at dette 'B-hold'

har en negativ effekt på rekrutteringen. Der er mange ledige stillinger i psykiatri og specialet kræver ikke en høj publikationsrate. Således anses problemet ikke for at være, at psykiatri mangler spændende rollemodeller, problemet er snarere, at der er en del omvendte rollemodeller, som virker afskrækkende for de yngre læger. De væsentligste udfordringer for problemstillingen anser vi således for at være:

1. Lægemangel i Nord og Syd.
2. Tilstedeværelsen af negative rollemodeller og 'B-holdet'.

Det er svært at pege på nemme svar på disse to udfordringer. En mulighed er selvfølgelig at gøre en ekstraordinær indsats for at trække psykiatere og kommende psykiatere til Nord og Syd. En anden mulighed ville være at øge antallet af introduktionsstillinger – og måske også uddannelsesstillinger – i Øst. Det må ud fra et rekrutteringssynspunkt anses for uhensigtsmæssigt, at der er afdelinger i Øst, hvor de er begyndt at måtte afvise ansøgere på grund af manglende introduktionsstillinger. Hvorvidt disse ansøgere flytter – muligvis så langt som til en anden uddannelsesregion – for at få en uddannelsesstilling er ikke undersøgt. Men det må påpeges, at der ligger et potentiale for at forbedre rekrutteringssituationen i at justere antallet af uddannelsespladser i det omfang, der eksisterer uddannelseskapacitet i de afdelinger, der er en eventuel oversøgning til. Det må derfor anbefales, at der foretages en vurdering af, hvorvidt der bør oprettes flere uddannelsesstillinger i Region Øst.

Ud over en vurdering af den konkrete uddannelseskapacitet i de oversøgte afdelinger, er der også mange andre hensyn at tage i forbindelse med den geografiske fordeling af uddannelsesstillinger. Denne rapport har ikke til hensigt at foretage en konkret afvejning af disse, og kan således hverken anbefale eller fraråde at de regionale søgningsforskelle udnyttes maksimalt og for enhver pris. Men det må påpeges, at der eksisterer et potentiale – hvis størrelse ikke er kortlagt – som *kan* udnyttes til at forbedre rekrutteringssituationen i psykiatri. Denne løsning ville dog risikere at styrke de geografiske skævridninger.

Hvad angår 'B-holdet' er det indlysende, at en højere grad af kritisk selektion i forhold til besættelsen af uddannelsesstillinger i psykiatri kunne have en positiv indflydelse og mindske problemet. Dette ville dog potentielt medføre, at besættelsesgraden af hoveduddannelsesforløb i en periode kunne blive forværret – indtil rekrutteringen af flere der ikke tilhørte 'B-holdet' ville slå igennem. Målet ville på sigt være, at 'B-holdet' kom til at fylde langt mindre end 1/3, men at rekrutteringen samtidig ville forbedres.

9.4 Fokus på billedet af psykiatrien

I rapportens indledning (afsnit 1.1.2) blev det nævnt, at det psykiatriske speciale anses for at have en meget uklar fagidentitet, som ikke virker tiltrækkende på yngre læger. Denne hypotese underbygges af rapportens analyser af, at psykiatrien ikke opfattes som et "rigtigt" lægefagligt speciale, at der ikke i tilstrækkelig grad er mulighed for at profilere sig fagligt, at psykiatrien anses for at mangle værktøjer og klare teknologier til at behandle patienterne, at der er et mere tværfagligt fokus i psykiatrien, der gør, at lægens rolle er mere uklar og i nogle sammenhænge kan opleves som mindre central.

Der er følgende udfordringer her:

1. At skabe /synliggøre en teoretisk og praktisk sammenhæng mellem psykiatriens to "ben" i det biologiske og hjernemæssige og i det psykoterapeutiske.
2. At synliggøre lægers virke i psykiatrien som også værende baseret på viden om somatiske sygdomme og dermed styrke billedet af, at psykiatere også er læger.
3. At tydeliggøre faggrænser ved at synliggøre og styrke rollefordelingen faggrupperne imellem i psykiatrien på en måde der skaber mere klarhed for alle uden at lede til rigide samarbejds- og konfliktmønstre.

En mere klar fagidentitet må anses for at kunne have en positiv afsmittende effekt på måden psykiatrien vurderes på som speciale af medicinstuderende, turnuslæger og læger inden for andre specialer og dermed forbedre rekrutteringen – og mindske det forsinkede valg af psykiatri, fordi det var "for pinligt at sige, at man gerne ville være psykiater".

9.5 Fokus på uddannelsen

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelserne viser, at uddannelsesmiljøet inden for psykiatri vurderes positivt og forstudieinterviewene og interviewene med de målrettede kommende psykiatere viser, at psykiatrien anses for at være et særdeles godt speciale at uddanne sig inden for. Det, der peges på her, er dog, at der kan være store forskelle uddannelsessteder imellem og at nogle steder ikke er attraktive på grund af psykiatermangel og de afledte konsekvenser heraf. I kapitel 4, hvor vi præsenterede resultaterne af udredningsarbejdet, viste vi, at det ikke er et egentligt frafald fra hoveduddannelsesforløb, der medfører, at lægerne ikke bliver speciallæger i psykiatri. Der var dog en lille tendens til shoppen rundt mellem forskellige stillinger, der medførte afbrudte hoveduddannelsesforløb. Men siden der ikke er et nævneværdigt frafald, så vil en forbedring af uddannelsen generelt ikke give flere psykiatere via øget fastholdelse. Udfordringerne, hvad angår uddannelsen, må snarere ses som:

1. At fastholde kvalitet i uddannelsen i en situation, hvor mange speciallæger i psykiatri snart går på pension.
2. At forbedre kvaliteten de steder den er mangelfuld.
3. At finde ud af, hvad der skal stilles op med afdelinger, der er stærkt præget af psykiatermangel.

Der kan derudover arbejdes på at udbrede billedet af psykiatrien som et godt uddannelsessted til yngre læger og medicinstuderende, så de i endnu højere grad for et positivt indtryk heraf. Dette kunne med nogen sandsynlighed forbedre rekrutteringspotentialet blandt yngre læger og medicinstuderende, om hvem vi ved, at uddannelsesmiljøet vurderes som værende meget vigtigt.

9.6 Fem konkrete anbefalinger

Overordnet set anbefales det, at der gøres noget for at forbedre psykiatriens image og for at forbedre kendskabet til lægearbejdet i psykiatrien. Der kunne her blandt andet sættes ind med artikler om de gode behandlingsmæssige resultater og resultater fra forskningen publiceret i fagblade og i pressen. Derudover kan der peges på fem konkrete tiltag, der kunne være med til at forbedre rekrutteringen til psykiatrien.

1. Psykiatri som valgmulighed i turnus

Det anbefales, at man følger den norske udvikling nøje og tager initiativ til en frivillig ordning à la den man havde i Norge frem til 2006. Man kan ikke regne med, at resultaterne vil blive de samme. Derfor må den gradvise udvikling, som den vi har set i Norge, være at foretrække frem for en indførelse af obligatorisk psykiatri.

2. Indsats overfor FADL-vagterne

Det anbefales, at de psykiatriske læger og plejepersonalet på psykiatriske afdelinger er meget bevidste om, at dårlig eller ingen kommunikation med FADL-vagterne kan få konsekvenser for rekrutteringen. Og omvendt at en god rollemodel og en god kommunikation kan fremme interessen for senere at vælge psykiatri som speciale.

En anden anbefaling går på initiativer, der øger de studerendes forberedelser før FADL-vagterne i psykiatri, sådan at de studerende bliver mere klar over, hvad de går ind til, og får en højere grad af fornemmelse for, hvilken ramme deres oplevelser med patienterne bør forstås i, og hvad de skal observere, mens de sidder der. Dette ville kunne højne kvaliteten af det arbejde, de udfører som FADL-vagter, gøre de studerende bedre i stand til at tage vare på sig selv i ubehagelige situationer og give et bedre indtryk af arbejdet i psykiatrien.

Der kunne her være tale om kurser arrangeret af FADLs vikarbureau i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab, eller kurser arrangeret af de psykiatriske afdelinger/psykiatriske sygehuse, der anvender FADL-vagter.

3. Foreninger og ekstracurrikulære programmer på lægestudierne

Det anbefales, at der sættes ind i studietiden med foreninger og aktiviteter, der skal styrke viden om og interessen for psykiatri. Sådanne aktiviteter vil dels kunne bidrage til at fastholde dem, der allerede er interesserede i psykiatri, men ikke er sikre på deres specialevalg, dels til en generelt mere positiv interesse for psykiatrien på lægestudiet.

4. Opret flere stillinger på oversøgte afdelinger

Det anbefales, at der foretages en vurdering af, hvorvidt der bør oprettes flere uddannelsesstillinger på oversøgte afdelinger fx i Region Øst.

5. Sæt fokus på det regionale problem

Det anbefales, at der foretages en nærmere undersøgelse af, hvorfor det er svært at besætte stillinger i specielt Region Nord. Hvad er sæsonudsvingene i besættelsesgraden udtryk for? Er der afdelinger, der er mindre velfungerende som uddannelsessteder?

9.7 Igangsættelse af løbende registrering og analyser

Afslutningsvis må det anbefales, at der igangsættes en løbende 'overvågning' af lægers valg af specialer. Menneskelig arbejdskraft er den vigtigste ressource i sundhedsvæsenet. Teknologiske landvindinger til trods, er det stadig højt uddannede medarbejdere, som er og bliver kernen i sundhedsvæsenets produktionsapparat. Og i årene fremover bliver lægefaget ikke det eneste, hvor arbejdskraft bliver en mangelvare. Der er derfor endnu mere behov for, at udbuddet af læger og lægernes specialiseringsønsker i så vidt omfang som muligt harmonerer med efterspørgslen efter speciallæger.

En speciallæge er ikke en 'vare', der hurtigt kan produceres – det tager således i gennemsnit over 20 år fra begyndelsen på medicinstudiet til speciallægegraden er erhvervet. En forudsætning for at kunne gribe ind og forebygge speciallægemangel er derfor, at vi har valid og præcis viden om valg af speciale – i alle fem faser af denne proces fra dannelsen af præferencer og intentioner over foreløbige valg, endelige valg, omvalg, samt revalg.

En stor mangel ved de data, som det har været muligt at generere i forbindelse med dette projekt, er, at de ikke er longitudinelle: Vi mangler data om, hvad der sker over tid. Vi har søgt at kompensere for dette ved at foretage i alt tre målinger på to forskellige populationer. Men det ændrer ikke ved, at der er behov for datasæt, der dækker de samme populationer over tid. Dette

er særdeles vigtigt for at kunne vurdere blandt andet de spotmålinger, der gennemføres i løbet af uddannelsen såvel som i årene efter. Et eksempel: I dag ved vi ikke, hvordan populationerne af danske studerende udvikler deres præferencer over tid, og således ved vi ikke nok om, hvor seriøst det er, når en bestemt andel overvejer fx psykiatri på et givet tidspunkt i deres forløb. For vi ved ikke, om dette tal traditionelt stiger eller falder frem mod det endelige valg af speciale – og i givet fald hvor meget?

Dette projekt anbefaler, at der iværksættes langt mere systematisk overvågning og registrering af alle lægers valg af speciale i alle fem faser.

Denne anbefaling er ikke snævert knyttet til psykiatrien. Psykiatrien er som sagt ikke det første og givetvis heller ikke det sidste lægespeciale med rekrutteringsproblemer. Som sagt står lægefaget generelt overfor samme rekrutteringsproblem som det øvrige samfund i årene der kommer. Derfor vil der være stor nytte forbundet med løbende at sikre det vidensgrundlag, som er nødvendigt for at kunne agere præcist og virkningsfuldt for at sikre så optimalt et match som muligt mellem behov og ønsker. Sundhedsvæsenet som helhed har brug for engagerede medarbejdere. Derfor er det ikke blot i den enkelte læges interesse, men også i sundhedsvæsenets, at lægerne i videst muligt omfang kan specialisere sig så hurtigt som muligt inden for et fag de brænder for – og som sundhedsvæsenet har behov for. Dette er ikke nogen nem øvelse. Imidlertid er det en betydeligt sværere opgave, end den behøver at være, hvis der ikke foreligger et validt vidensgrundlag om specialevalget i alle fem faser, om hvornår og på hvilken baggrund præferencer dannes og stabiliseres, samt hvornår og hvordan valg træffes – og hvornår og hvorfor de evt. ændres.

10. Appendiks A: Læger og lægeuddannelsen

Der er i Danmark ca. 17.000 erhvervsaktive læger, og heraf arbejder ca. 60 % i hospitalssektoren, små 30 % er privatpraktiserende (enten almene eller speciallæger), og ca. 10 % arbejder med forskning, undervisning, i socialektoren eller andre former for private jobs. Ca. 6000 har endnu ikke noget speciale. (Sundhedsstyrelsen 2003b: egne beregninger på basis af tabel 7 og bilag 1).

Fordelingen af speciallæger på de største specialer var i år 2000 som følger:

Tabel 52. Fordelingen af speciallæger på de seks største specialer

Ortopædisk kirurgi	504	4,4 %
Psykiatri	703	6,1 %
Kirurgi og grenspecialer	732	6,4 %
Anæstesiologi	862	7,5 %
Intern medicin og grenspecialer	1.217	10,6 %
Almen medicin	4.433	38,5 %
Alle speciallæger	11.521	

(Kilde: Sundhedsstyrelsen 2003b: Bilag 2).

Lægers uddannelse, præ- såvel som postgradualt, foregår i tre regioner centreret omkring universiteter og uddannelsesregionernes videreuddannelsessekretariater: Københavns Universitet/Region Øst, Syddansk Universitet/Region Syd og Århus Universitet (som Ålborg hører under)/Region Nord.

10.1 Medicinstudiet

Selve lægestudiet – cand.med.-studiet – er som det eneste i Danmark 6-årigt, idet alle andre videregående uddannelser er 5-årige. Det tager i gennemsnit de studerende otte år at gennemføre (der har været en svagt faldende tendens de seneste år og den nyeste beregning var på 7,9 år) (Sundhedsstyrelsen 2003b). Startalderen for de lægestuderende har de seneste 10-15 år ligget på omkring 22 år, og dimissionsalderen har i samme periode ligget på omkring 30 år. Der blev i 2004 optaget 1167 medicinstuderende (Sundhedsstyrelsen 2003b), mens 974 fuldførte kandidatuddannelsen i medicin i 2002 (udenrigsministeriets statistikdatabase – http://www.uddannelsesstatistik.dk/pls/vtu_ndb/ndbvtu). Til sammenligning var det 793 læger, som fik en lægevidenskabelig embedseksamen i 2004. Kønsfordelingen har været under stærk forandring de seneste årtier, hvor kvinder udgør en stadig stigende del af de lægeuddannede. I 2000 blev der således optaget knap dobbelt så mange kvinder på medicinstudiet, som der blev optaget mænd (Sund-

hedsstyrelsen 2003b). Den forandrede kønsprofil er endnu ikke slået fuldt igennem i de årgange, som nu er i turnus, så de kommende år vil andelen af kvinder i de nye årgange stige støt.

Medicinuddannelsen adskiller sig fra de fleste andre universitetsstudier ved at være entydigt rettet mod ét bestemt erhverv, nemlig virket som læge⁹⁴. Dette spiller ind allerede under studiet, som i forhold til andre akademiske uddannelser er præget af mange og lange ophold på arbejdspladser i det behandlende sundhedsvæsen (såkaldt "kliniske ophold"). Således er kravet minimum 44 ugers klinik, som typisk foregår på sygehusafdelinger (Undervisningsministeriet 1986). Men på den største uddannelsesinstitution, Københavns Universitet, er den kliniske undervisning i alt 94,5 uger, og hermed udgør klinikken langt den største undervisningsform i det samlede studie, som i alt er normeret til 217 uger fordelt på seks år (Studienævnet for Medicin 2005). Det betyder, at de studerende allerede i løbet af studiet har en helt anden kontakt med den kultur og de socialiseringsmekanismer, som udfoldes på deres senere arbejdspladser (hospitaller mm.), end det er tilfældet på andre videregående uddannelser.

10.2 Psykiatrien i uddannelsen

De studerendes møder med psykiatrien består af en obligatorisk del i forbindelse med undervisningen – såvel den teoretiske som den praktiske. Desuden kan de studerende møde psykiatrien mere sporadisk i forbindelse med ikke-obligatoriske dele af uddannelsen. Desuden kan medicinstuderende møde psykiatrien uden for selve studiet i forbindelse med FADL-vagter og vikariater.

10.2.1 Den obligatoriske psykiatri

Fælles for de tre medicinuddannelser (København, Århus og Odense) er, at psykiatri er et overbygningsfag, som de studerende først stifter bekendtskab med i den sidste del af deres uddannelse. Alle steder er undervisningen delt op i en teoretisk og en klinisk del. Rækkefølgen og placeringen i uddannelsesforløbet varierer. Omfanget af den teoretiske undervisning varierer ligeledes, mens der i den kliniske undervisning kun er mindre forskelle de tre universiteter imellem. I Odense ligger den teoretiske undervisning i psykiatri på 8. semester, mens den ligger på 10. semester i København og på 11. semester i Århus. Det kliniske ophold ligger på 9. semester i Odense, mens det i København og Århus er placeret på 10. semester.

⁹⁴ Langt de fleste medicinkandidater fortsætter efter cand.med.-graden med at uddanne sig til selvstændigt virke som læge, og senere speciallæge. Faktisk er der tale om så stor en andel, at Sundhedsstyrelsen i sin lægeprognose ikke har fundet grund til at foretage noget fradrag af læger med beskæftigelse uden for det behandlende sundhedsvæsen (Sundhedsstyrelsen 2003b).

Den teoretiske undervisning er organiseret forskelligt på de tre uddannelsessteder:

I **København** har de studerende en uges blokkursus i psykiatri. Desuden er der 20 tematimer, hvor psykiatri indgår. Denne teoretiske undervisning ligger i løbet af det 10. semester. Men da klinikopholdene kører i rul i løbet af semestret, kan den teoretiske undervisning ligge både før og efter klinikopholdet. Undervisningen afsluttes med en mundtlig integreret klinisk eksamen (eksamen integrerer både det kliniske og teoretiske stof fra fagene psykiatri, neurologi og neurokirurgi).

I **Århus** har de studerende teoretisk undervisning i psykiatri på 11. semester efter klinikopholdet. Undervisningen består af 38 forelæsninger, hvoraf de fire omhandler børnepsykiatri. Desuden er der seks holdtimer om hver psykiatri og børnepsykiatri. Forløbet afsluttes med en skriftlig eksamen, der bedømmes efter 13-skalaen.

I **Odense** får de studerende et seks ugers blok-kursus i psykiatri på 8. semester. Det afsluttes med en tre timers skriftlig eksamen, som vurderes internt (bestået/ikke-bestået). Desuden har de et fire dages teoretisk eksamensforberedende repetitionskursus på 12. semester.

De kliniske ophold er på fire uger fuld tid (i København er det fem uger, men fire dage om ugen). Under klinikopholdene får de studerende undervisning af lægerne på afdelingerne. De studerende skal deltage i de aktiviteter, der indgår i en læges arbejde på en psykiatrisk afdeling. Der er mødepligt under klinikopholdet, og det evalueres efterfølgende med udtalelser fra lægerne på afdelingen (bestået/ikke-bestået). De kliniske ophold er beskrevet mere indgående i rapportens afsnit 7.1.

10.2.2 Ikke-obligatorisk kontakt med psykiatri

Ud over den teoretiske og kliniske undervisning i psykiatri på overbygningen har de studerende så godt som ingen kontakt med psykiatriområdet under medicinuddannelsen. Der er dog en enkelt undtagelse. I København har man på 4. semester i den nye studieordning (2000) indført et præ-klinisk ophold på 14 dage. Her kommer de studerende ud på en sygehusafdeling for relativt tidligt i uddannelsen at få et indtryk af, hvordan det foregår sådan et sted. På hvert semester er det omkring 9-13 studerende, der har deres præ-kliniske ophold på en psykiatrisk afdeling. Således vil et lille mindretal af de studerende have haft kontakt med psykiatrien før 10. semester på Københavns Universitet. Vi har ikke fundet andre eksempler på, at de studerende i deres uddannelse møder psykiatrien før den obligatoriske undervisning.

10.3 Beslægtede fag på studiet

Almen medicin: Faget Almen medicin, som er organiseret forskelligt på de tre uddannelsessteder, er i et vist omfang beslægtet med psykiatri, da primærsektoren tager sig af en del psykiatriske patienter. Både på det kliniske ophold samt i den teoretiske undervisning indgår der derfor ofte en lille smule psykiatri. Men det er dog et meget lille hjørne af pensum til dette fag, og det er ikke i fokus til selve eksamenen.

Psykologi: På alle tre uddannelser har de studerende psykologi på grunduddannelsen. Undervisningen her sigter primært på at give de studerende kompetencer til at forstå den menneskelige psyke med henblik på at kunne forstå og kommunikere med patienter og pårørende. Faget omhandler ikke patologi og har ikke psykiske sygdomme som sit pensum. Men det er beslægtet med psykiatri i den forstand, at det også omhandler den menneskelige psyke. I hvilket omfang den psykologiske og den psykiatriske tilgang til den menneskelige psyke er beslægtet, og i hvilket omfang psykologiundervisningen kan siges at være en forløber for psykiatriundervisningen, er der dog ikke enighed om.

10.4 Turnusuddannelsen

Efter opnåelsen af cand.med. graden fortsætter uddannelsen. Nu skal retten til såkaldt *“selvstændigt virke som læge”* erhverves gennem en 18 måneders klinisk uddannelse, kaldet turnusuddannelsen. Turnus er fordelt med seks måneder i hhv. intern medicin, kirurgi og almen praksis (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001). Der er kun meget få og begrænsede krav i turnusuddannelsen til kendskabet til psykiatriske lidelser samt færdigheder inden for dette felt. Det er op til de enkelte uddannelsesregioner at sammensætte turnusstillingerne således at målbeskrivelsens krav om uddannelse og indlæring af færdigheder kan opfyldes, men der ikke noget formelt krav om at turnus skal indeholde tre blokke á seks måneder i de tre nuværende turnusspecialer.

Turnus betegnes som en uddannelse, men i praksis er der tale om et regulært ansættelsesforhold i henhold til gældende overenskomster mv., hvor cand.med.erne indgår som yngre læger i det daglige arbejde.

10.5 Speciallægeuddannelsen

Speciallægeuddannelsen bestod indtil speciallægereformen i 2004 af tre faser med hhv. introduktionsstillinger, kursusstillinger og 1. reservelægestillinger. Med reformen er fase II og III samlet i et hoveduddannelsesforløb, som for de kirurgiske og de medicinske specialer tager 72 måneder, mens det for alle andre tager 60 måneder, således også for psykiatrien (Special-

lægekommissionen 2000)⁹⁵. Dermed er speciallægeuddannelsen i psykiatri i forbindelse med reformen forkortet med seks måneder. Denne forkortelse har betydet, at man har valgt at skære den obligatoriske ansættelse på en neurologisk afdeling ned fra et til et halvt år.

Speciallægeuddannelsen foregår som en serie af obligatoriske ansættelser i forskellige typer af uddannelsesklassificerede stillinger. Den her beskrevne ordning er fra 2004 og således stadig under indkøring. Der er derfor stadig mange læger i systemet, hvis uddannelse fungerer efter den gamle ordning. Alle de tal vi har fået på psykiatere under uddannelse, og i sagens natur færdiguddannede psykiatere er uddannet før reformens ikrafttræden. Dog er ændringerne på det psykiatriske område så relativt små, at talmaterialet stadig må formodes at være ganske dækkende. Det vigtigste forbehold er, at den nye uddannelse er et halvt år kortere, end den nuværende.

I nedenstående figur vises forløbet i en speciallægeuddannelse i psykiatri med de forskellige elementer, som den skal indeholde. Udover ansættelserne på forskellige psykiatriske og neurologiske afdelinger består uddannelsen også i deltagelse i en række teoretiske kurser og en obligatorisk grunduddannelse i psykoterapi.

Figur 53. Opbygningen af speciallægeuddannelsen i psykiatri

Introduktions-uddannelsen		Hoveduddannelsen							
6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.	6 mdr.
Ansættelse i klassificeret Introduktionsstilling		Ansættelse i klassificeret hoveduddannelsesstilling							
						Neurologi			
I-kursus		Specialespecifikke kurser				Tværfaglige kurser			
Selvstudier									
Tværfaglige kurser		Forskertræning							
Grunduddannelse i psykoterapi									

(Kilde: Sundhedsstyrelsen & Dansk Psykiatrisk Selskab 2004)

Videreuddannelsen koordineres på landsplan i tre regioner. I de fleste specialer er blokstillingerne planlagt inden for en uddannelsesregion.

- Region Syd: Fyns Amt, Ribe Amt, Sønderjyllands Amt og Vejle Amt

⁹⁵ Denne speciallægeuddannelsesstruktur trådte i kraft i 2004. Indtil da var den normerede uddannelses-tid betydeligt længere, blandt andet fordi der var tradition for at medicinere og kirurger erhvervede sig både et såkaldt grundspeciale (fx intern medicin) og et grenspeciale (fx kardiologi eller endokrinologi). Denne struktur er nu afskaffet, og der eksisterer kun ét niveau i specialestrukturen, men inden for medicinen og kirurgien er der nu i stedet længere fælles forløb.

- Region Nord: Nordjyllands Amt, Ringkøbing Amt, Viborg Amt og Århus Amt
- Region Øst: Samtlige amter øst for Storebælt inkl. H:S og Bornholms Regionskommune

10.5.1 Gennemførelse af speciallægeuddannelsen

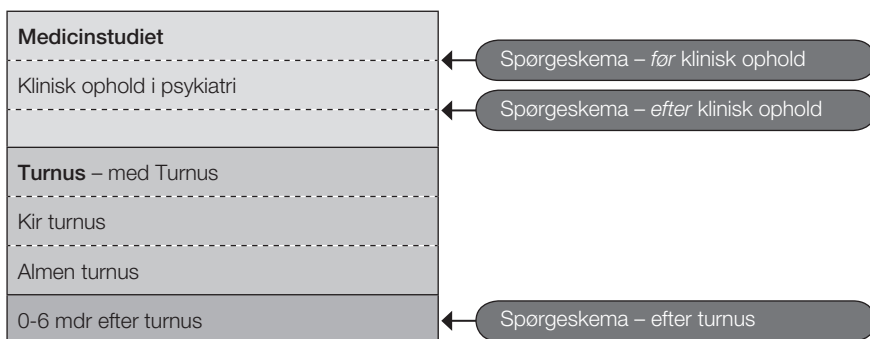
Det tager i gennemsnit 10,5 år at blive almen mediciner og 12,1 år for de øvrige speciallæger ifølge Yngre Lægers seneste uddannelsesenquete (som kun inkluderer de speciallæger, der er medlemmer af YL) (Matthiesen et al. 2001). Tallene synes imidlertid at være i god overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens målinger af hele populationen: Det tager i gennemsnit 22 år at gennemføre hele uddannelsesforløbet fra stud.med. til færdig speciallæge, hvilket både i den gamle og den nye ordning er betydeligt mere, end det samlede er normeret til (Sundhedsstyrelsen 2003b).

Årsagerne til dette er mange, bl.a. ventetid i uklassificerede stillinger pga. flaskehalse i de populære specialer, specialeskift, men også forskning tager tid. I øjeblikket opnår ca. 18% af en årgang en ph.d.-grad og 2,8 % af samtlige færdiguddannede læger er til stadighed beskæftiget med ph.d.-arbejde (Næser 2005). Yngre Lægers uddannelsesenquete fra 2001 undersøgte spørgsmålet, og fandt blandt deres medlemmer, at 65 % brugte op til seks måneder i en uklassificeret stilling, 12,5 % brugte op til et år og 10,5 % brugte op til to år. 30,5 % af kvinderne havde haft 12 måneders barsel og 4,5 % af mændene havde haft et års værnepligt. 76 % brugte op til seks måneder på fuldtidsforskning, 3 % op til et år og 4 % op til to år på fuldtidsforskning (Rubak, Niemann & Jensen 2002). Men hvormed alting er, forholder det sig stadig således at uddannelsestiden (den præ- såvel som den postgrauale) ligger væsentligt over den normerede uddannelsestid.

11. Appendiks B: Spørgeskemaundersøgelser

Spørgeskemaundersøgelsen er delt i tre delundersøgelser fordelt på to populationer. To af delundersøgelserne er foretaget blandt medicinstuderende, som i efterårssemestret 2005 havde et planlagt klinikophold på en psykiatrisk afdeling. Det første spørgeskema har de studerende fået tilsendt før klinikopholdet, mens det andet spørgeskema blev tilsendt efter endt klinikophold. Den tredje delundersøgelse er foretaget blandt yngre læger, som har afsluttet turnus for nylig. På DSIs hjemmeside (www.dsi.dk) kan de tre spørgeskemaer ses i deres helhed:

- Spørgeskema til medicinstuderende før klinikophold i psykiatri
- Spørgeskema til medicinstuderende efter klinikophold i psykiatri
- Spørgeskema til yngre læger efter turnus



11.1 Medicinstuderende

Spørgeskemaundersøgelsen blandt de medicinstuderende har haft til formål at give svar på de studerendes opfattelse af specialernes image, tanker om specialevalg samt effekter af mødet med psykiatrien. Undersøgelsen er gennemført i efteråret 2005 blandt så vidt muligt alle medicinstuderende på de danske universiteter, som har haft klinikophold i psykiatri i denne periode. Det drejer som en samlet population på 305, hvoraf 222 har besvaret det første spørgeskema, mens 162 har besvaret det andet. (Det andet skema er kun udsendt til de 222).

11.1.1 Spørgeskemaudformning

Før udformningen af spørgeskemaerne er litteratur om spørgeskemaudformning blevet læst igennem. I spørgsmålsformuleringen har vi især fulgt anbe-

falingerne fra følgende metodebøger (Hansen & Andersen 2000; Koch.L. & Vallgård 2003) .

Spørgeskemaet til de studerende **før klinikophold** skal afdække tre temaer: de lægelige specialers image, de studerendes overvejelser om specialevalg, samt effekter af møder med psykiatrien. Spørgeskemaet indeholder i alt 37 spørgsmål, hvor flere af spørgsmålene har en række underspørgsmål.

Skemaet er inddelt i seks emner (se bilag for spørgeskemaets konkrete udformning):

Baggrundsspørgsmål: Omhandler demografiske spørgsmål om køn, alder og studiestart, samt mere åbne spørgsmål om personlige og familiemæssige forhold.

Opfattelse af de lægelige specialer: Spørgsmål om de studerendes opfattelser af de lægelige specialer inden for en række forskellige faktorer.

Væsentlige faktorer i specialevalget: Spørgsmål vedrørende vigtigheden af en række forskellige faktorer i valget af lægeligt speciale.

Overvejelser om valg af speciale: Spørgsmål til de studerendes konkrete overvejelser om valg af speciale.

FADL-vagter: Omhandler en række spørgsmål, som skal afdække betydningen af FADL-vagterne for de studerendes syn på psykiatrien.

Kilder til opfattelsen af psykiatri: Spørgsmål om hvilke faktorer, der kan have haft betydning for de studerendes holdning til psykiatri.

Spørgeskemaet til de studerende **efter klinikophold** skal afdække effekten af det møde med psykiatrien de studerende har haft på klinikopholdet. Skemaet er væsentlig kortere end det første skema. Det indeholder 11 spørgsmål, hvor flere af spørgsmålene har en række underspørgsmål. Skemaet er inddelt i fem emner (se bilag for spørgeskemaets konkrete udformning):

Baggrundsspørgsmål: Spørgsmål om køn, alder og studiestart.

Opfattelse af det psykiatriske speciale: Spørgsmål om de studerendes opfattelser af det psykiatriske speciale inden for en række faktorer – en gentagelse af spørgsmålet fra før-skemaet for at undersøge udvikling.

Oplevelse af klinikophold: Spørgsmål til de studerendes oplevelser med klinikopholdet i psykiatri.

Overvejelser om valg af det psykiatriske speciale: Spørgsmålet om de konkrete overvejelser om valg af det psykiatriske speciale fra før-skemaet gentages for at undersøge udvikling.

Kommentarer til det psykiatriske speciale: Sidst i skemaet får de studerende mulighed for at komme med nogle åbne kommentarer til det psykiatriske speciale baseret på deres oplevelser fra klinikopholdet. Disse fri-tekst spørgsmål er det valgfrit om de studerende vil svare på.

11.1.2 Testning af spørgeskema

Peer-review: De første udkast til spørgeskemaer blev udarbejdet af projektgruppen på baggrund af projektbeskrivelsen og litteraturen om spørgeskemaudformning. Disse første udkast til spørgeskema blev dernæst sendt til peer-review hos konsulent fra Rådgivende Sociologer Esther Nørregaard-Nielsen, som gav feedback på et møde med to projektmedarbejdere fra DSI. Esther Nørregaard-Nielsen er sociolog og ekspert i spørgeskemaudformning. Hun arbejder som konsulent og underviser i brug af surveybaserede undersøgelser. På baggrund af kommentarerne fra Esther Nørregaard-Nielsen blev spørgeskemaerne revideret.

Pilottest: Andet-udkastene til spørgeskemaerne blev dernæst sendt til pilottestning blandt syv studerende på Syddansk Universitet, som var i klinikophold i psykiatri i for-sommeren 2005. Pilottesten blev gennemført så vidt muligt efter samme procedure, som var tiltænkt det endelige skema. De studerende fik således tilsendt før-skemaet umiddelbart før deres klinikophold i psykiatri og efter-skemaet umiddelbart efter klinikopholdet. Mindre end 24 timer efter de studerende havde udfyldt skemaet, blev der gennemført et halv til en hel time langt telefoninterview, hvor der blev spurgt ind til de studerendes forståelse af spørgsmålene og oplevelse med skemaet. Der blev på baggrund af denne pilottest foretaget en række justeringer af spørgeskemaet.

11.1.3 Organisering af undersøgelsen

Gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen var afhængig af samarbejde fra de tre universiteter. Universiteterne er generelt tilbageholdende med denne type samarbejde, da de er bekymrede for, at de studerende bliver overbebyrdede med forskellige typer spørgeskemaer. Desuden er det universiteternes opfattelse, at personoplysningerne på de studerende skal beskyttes. Det var derfor ikke muligt at gennemføre undersøgelsen samlet og på samme måde på de tre universiteter. Den måtte derimod tilpasses universiteternes krav til samarbejde.

Da klinikopholdet i psykiatri er organiseret i rul af 4-5 ugers varighed har udsendelsen af spørgeskemaerne forløbet over hele semestret. Spørgeskemaerne til før klinikophold blev udsendt til alle relevante studerende i august

måned, mens spørgeskemaet efter klinikophold er blevet udsendt i tre eller fire omgange på de tre universiteter.

København og Syddansk Universitet:

Københavns og Syddansk Universitet opfordrede DSI til at gennemføre undersøgelsen ved hjælp af et e-mail-baseret onlinesystem kaldet 'eSurvey'. Begge universiteter benytter dette system til undervisningsevaluering. Dog viste det sig efterfølgende, at det var en betingelse for samarbejdet, at de studerendes e-mail-adresser ikke blev udleveret til DSI. Derfor blev de to universiteter nødt til at gennemføre den praktiske del af udsendelsen af spørgeskemaerne på vegne af DSI.

Århus:

Århus Universitet havde ikke pålidelige e-mail-adresser til deres studerende, hvorfor det ikke var muligt at benytte den samme udsendelsesmetode. Vi udarbejdede en papirversion af det endelige online-spørgeskema. I det følgebrev, der blev vedlagt, fik de studerende mulighed for at besvare spørgeskemaet både i papirversionen og ved at logge ind på onlineversionen af spørgeskemaet. Ved hjælp af et personligt password sikrede vi os, at hver respondent kun kunne besvare en gang.

I spørgeskemaet til de studerende på Århus Universitet tilføjede vi et spørgsmål om deres e-mail-adresse. Det gav mulighed for at benytte den samme udsendelsesmetode til de studerende fra Århus Universitet som for København og Syddansk Universitet i forbindelse med udsendelsen af det opfølgende spørgeskema efter klinikopholdet i psykiatri.

11.1.4 Respondentantal

København:

Der var i alt 172 studerende på 10. semester, som burde have modtaget spørgeskemaet. Men Københavns Universitet havde ikke e-mail adresser på 16 af de studerende.

Spørgeskemaet **før klinik** er derfor sendt ud til 156 studerende. Heraf har 116 besvaret (38 mænd og 78 kvinder) og 112 har færdiggjort skemaet. Det giver en svarprocent på **72 %**. Respondenternes gennemsnitsalder er 27 år (med en standard afvigelse på 2,03). Besvarelserne fra de fire studerende som påbegyndte skemaet uden at afslutte besvarelsen indgår i undersøgelsen med de spørgsmål, som er blevet udfyldt.

Spørgeskemaet **efter klinik** er udsendt til alle de 116 studerende, som påbegyndte en besvarelse af førskemaet⁹⁶. Heraf har 68 studerende besvaret

⁹⁶ Det var ikke muligt for Københavns Universitet at selektere i populationen før udsendelse. Denne selektion blev således foretaget efter DSI modtog data. Der er derfor en lille gruppe studerende, som har

skemaet (26 mænd og 42 kvinder). Det giver en svarprocent på efterskemaet på **58 %**. Respondenternes gennemsnitsalder er 27 år (med en standard afvigelse på 2,35).

Odense:

I Odense var der i alt 53 studerende på 9. semester, som skulle i klinikophold i psykiatri. Af disse 53 var de otte på klinikophold på en særlig ordning, hvor man kan tage sit klinikophold i udlandet. Disse udenlandske ophold er ikke nødvendigvis på de samme specialeafdelinger, hvorfor de blev trukket fra udsendelsen.

Spørgeskemaet **før klinik** er derfor udsendt til 45 studerende. Heraf har 28 besvaret (12 mænd og 16 kvinder) og 27 har færdiggjort spørgeskemaet. Det giver en svarprocent på **60 %**. Respondenternes gennemsnitsalder er 26 år (med en standard afvigelse på 1,73). Besvarelsene fra den ene studerende som påbegyndte skemaet uden at afslutte besvarelsen indgår i undersøgelsen med de spørgsmål, som er blevet udfyldt.

Spørgeskemaet **efter klinik** er udsendt til de 28 studerende, som havde påbegyndt en besvarelse af førskemaet⁹⁷. Heraf har 23 studerende besvaret og afsluttet en besvarelse (10 mænd og 13 kvinder). Det giver en svarprocent på **82 %**. Respondenternes gennemsnitsalder er 26 år (med en standard afvigelse på 1,79).

Århus:

I Århus var der i alt 130 studerende på 10. semester, som burde indgå i undersøgelsen. 26 af disse 130 studerende nåede at påbegynde klinikopholdet, inden spørgeskemaet var færdigtestet. Vi har derfor valgt at sortere denne gruppe fra, da deres holdning kunne være blevet påvirket i løbet af de første dage i klinikopholdet.

Spørgeskemaet til **før klinik** er derfor udsendt til 104 studerende. Heraf har 86 besvaret (28 mænd og 58 kvinder) mens 83 har færdiggjort spørgeskemaet. Det giver en svarprocent på **80 %**. Besvarelsene fra de tre studerende som påbegyndte skemaet uden at afslutte besvarelsen indgår i undersøgelsen med de spørgsmål, som er blevet udfyldt. Respondenternes gennemsnitsalder er 27 år (med en standard afvigelse på 2,96).

Spørgeskemaet **efter klinik** er udsendt til de 86 studerende, som påbegyndte en besvarelse af efterskemaet. Af disse har 69 studerende besvaret ske-

modtaget og udfyldt efterskemaet, selvom de ikke havde udfyldt førskemaet. De er dog sorteret fra i databehandlingen og indgår ikke i undersøgelsen.

⁹⁷ Som beskrevet i noten ovenfor er skemaet af tekniske grunde udsendt til studerende, som ikke har udfyldt før-skemaet, men disse besvarelser indgår ikke i undersøgelsen.

maet (22 mænd og 47 kvinder). Det giver en svarprocent på **80 %**. Yderligere to studerende har påbegyndt en besvarelse, og de indgår i undersøgelsen med de spørgsmål, de har besvaret.

Spørgeskema før klinikophold	Udsendt/besvaret (antal)	Besvaret (%)
Århus / NORD	104/83	79,8 %
Odense /SYD	45/27	60,0 %
København /ØST	156/112	71,8 %
IALT	305/222	72,8 %

Spørgeskema efter klinikophold	Udsendt/besvaret (antal)	Besvaret (%)
Århus / NORD	86/69	80,2 %
Odense /SYD	28/23	82,1 %
København /ØST	116/68	58,0 %
IALT	230/160	69,6 %

Der er foretaget Chi-i-anden tests for både før og efter besvarelserne for at teste repræsentativiteten. Resultaterne heraf er, at repræsentativiteten er mest skæv i efter skemaet. Chi-i-anden testen for nul-hypotesen repræsentativitet før klinikophold, svarende til ens-fordelte frekvenser af svar- og ej-svar fra de tre regioner, giver testværdien 6,38, som er signifikant på 5 % ($p=0,041$) ved to frihedsgrader. Her er det Odense, der bidrager stærkest til forkastelsen af hypotesen om ingen statistisk signifikante forskelle ved at have den største afvigelse fra besvarelsesprocenten under ét.

Chi-i-anden testen for nul-hypotesen repræsentativitet efter klinikophold, svarende til ens-fordelte frekvenser af svar- og ej-svar fra de tre uddannelsessteder, giver testværdien 13,28, som er signifikant på 1 % ($p<0,002$) ved to frihedsgrader. Igen er det Odense, der afviger stærkest fra besvarelsesprocenten under ét.

11.2 Turnuskandidater

Den tredje delundersøgelse er rettet mod yngre læger, som har afsluttet turnus for nylig. Her har vi foretaget parallelle undersøgelser af psykiatriens (og andre specialegruppers) image, specialevalget, og direkte samt indirekte oplevelser med psykiatrien. Gruppen af respondenter udgøres i denne delundersøgelse af de seneste 500 læger, som har indsendt ansøgning om tilladelse til selvstændigt virke. Vi har valgt denne gruppe, da der ikke findes nogen central opgørelse over yngre læger, som har afsluttet turnus. Til gengæld skal alle yngre læger, der har afsluttet turnus, søge om tilladelse til selvstændigt virke for at kunne få ansættelse på et dansk sygehus. Derfor har vi valgt at benytte denne udvælgelsesmetode.

11.2.1 Spørgeskemaudformning

Spørgeskemaet til de yngre læger skulle fungere parallelt med det første spørgeskema udsendt til de studerende. Det blev derfor udarbejdet på baggrund af dette spørgeskema. Enkelte spørgsmål blev tilpasset til den nye målgruppe, og alle spørgsmål om FADL-vagter blev udeladt.

I alt gav det et spørgeskema med 33 spørgsmål fordelt på fem emner:

Baggrundsspørgsmål: Spørgsmål om køn og alder, samt mere åbne spørgsmål om personlige og familiemæssige forhold.

Opfattelse af de lægelige specialer: Spørgsmål om de yngre lægers opfattelser af de lægelige specialer inden for en række forskellige faktorer. Identiske med skemaet til de medicinstuderende.

Væsentlige faktorer i specialevalget: Spørgsmål vedrørende vigtigheden af en række forskellige faktorer i valget af lægeligt speciale. Identiske med skemaet til de medicinstuderende.

Overvejelser om valg af speciale: Spørgsmål til de yngre lægers konkrete overvejelser om valg af speciale. Her tilføjedes en svarkategori, hvor de yngre læger kunne angive, at de allerede havde valgt en introduktionsstilling, og hvorvidt de forventede at færdiggøre en speciallægeuddannelse inden for dette område.

Kilder til opfattelsen af psykiatri: Spørgsmål om hvilke faktorer, der kan have haft betydning for de yngre lægers holdning til psykiatri. Her blev tilføjet spørgsmål om FADL-vagter og klinikophold, som de yngre læger i modsætning til de studerende ikke blev spurgt om særskilt.

11.2.2 Organisering af undersøgelsen

Fra sundhedsstyrelsen har vi fået udleveret et udtræk med navn og adresse på de seneste 500 læger, som har modtaget tilladelse til selvstændigt virke som læge. Vi har udsendt et spørgeskema i papirversion til denne gruppe. I et følgebrev gav vi respondenterne mulighed for at besvare en online-version af spørgeskemaet. Ved hjælp af et personligt password sikrede vi os, at hver respondent kun kunne besvare en gang.

Med ca. tre ugers mellemrum udsendte vi rykkere til de respondenter, som endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. Første rykker blev udsendt til 334, og anden rykker blev sendt til 239.

11.2.3 Respondentantal

Som beskrevet ovenfor var der i alt 500 respondenter i denne undersøgelse. Det har dog vist sig, at en del af denne gruppe var udenlandske læger, som har afsluttet deres turnus for langt tid siden, men som først nu har fået til-ladelse til selvstændigt virke i Danmark. En del af disse udenlandske læger har selv gjort opmærksom på, at de ikke var en relevant del af målgruppen (7 personer). Yderligere seks har selv gjort opmærksom på, at de afsluttede deres uddannelse for mange år siden. Desuden var der 15 spørgeskemaer, som vi fik retur som 'ubekendt på adressen'. Vi kan således trække 28 respondenter fra den endelige population.

Af de 472 yngre læger, som indgik i undersøgelsen, modtog vi besvarelser fra 356 (162 mænd og 194 kvinder). Af disse 356 var de otte besvarelser ikke afsluttede. Det giver et samlet antal besvarelser på 348 og en svarprocent på **74 %**. Den gennemsnitlige alder på respondenterne var 32 år (med en standard afvigelse på 3,70).

Af de 348 besvarelser vi modtog, var de 209 (60 %) udfyldt på papirskemaet, mens 139 (40 %) havde udfyldt skemaet online.

Spørgeskema til yngre læger	
Ubekendte på adressen:	-15
Læger som har taget deres uddannelse i udlandet:	-7
Læger som har afsluttet deres medicinuddannelse i Danmark for mange år siden:	-6
I alt respondenter som ikke kan eller bør besvare skemaet:	-28
I alt udsendt til	500
Antal mulige respondenter:	472

Spørgeskema til yngre læger	Mulige respondenter/besvaret (antal)	Besvaret (%)
Besvaret på papir	472/209	44,3 %
Besvaret online	472/139	29,4 %
IALT	472/348	73,7 %

12. Appendiks C: Interviewundersøgelsen

12.1 Forstudiet

Som led i forstudiet har der været gennemført interview eller telefoninterview med i alt 18 personer:

- 7 ressourcepersoner inden for psykiatrien
- 3 læger under uddannelse inden for psykiatri
- 4 læger efter turnus under uddannelse til andre specialer
- 2 læger i turnus
- 2 medicinstuderende.

Interviewpersonerne er udvalgt efter sneboldmetoden. Det vil i denne sammenhæng sige, at interviewpersonerne har været behjælpelige med at pege på nye interviewpersoner. Forstudieinterviewene er på nær et ikke optaget på mini disc, men der er løbende blevet skrevet referat under interviewene.

12.2 Interview med ni målrettede kommende psykiatere

I perioden november-december 2005⁹⁸ blev der foretaget ni interview med yngre læger, som alle var i gang med at uddanne sig som psykiatere. Interviewene er optaget på mini disc og efterfølgende skrevet ud.

12.2.1 Udvalgelseskriterier

Interviewpersonerne er udvalgt efter et kriterium om bredde i uddannelsesforløbet frem mod speciallæge i psykiatri. Ved udvælgelsen af interviewpersoner blev der lagt vægt på:

- alder – max 40 år
- målrettethed – ingen anden speciallægeuddannelse før
- stillingskategorier – en blanding af læger i introduktionsstillinger, blokforløb og phd stillinger
- geografi – repræsentation af læger fra samtlige tre uddannelsesregioner
- køn – en tre mænd og seks kvinder fordeling har været tilstræbt (men har ikke været mulig at opnå).

Ud fra ovennævnte kriterier ser fordelingen af interviewpersoner således ud:

⁹⁸ Et interview blev foretaget i januar 2006.

Alder	Gns. 33,7 år		
Stilling	3 i introduktionsstillinger	6 i blokforløb	Heraf 2 i ph.d.-forløb
Region	5 i Øst	2 i Syd	2 i Nord
Køn	8 kvinder	1 mand	

12.2.2 Interviewguide til semistrukturerede interview med yngre læger under uddannelse til psykiater

- Præsentation af interviewer, samt kort præsentation af projektet.
- Introduktion til interviewform (anonymitet tilstræbt, optages på bånd).

1) Baggrundsplysninger

- Navn og alder (børn)
- Stilling

2) Det karakteristiske ved psykiatrien

- Hvordan er arbejdet som psykiater i forhold til arbejdet i andre specialer?
- Hvordan er lægerollen i forhold til patienterne i forhold til lægerollen i andre specialer?
- Hvad med rollen i forhold til samarbejde med andre faggrupper. Er det anderledes?
- Hvad med sådan noget som det at psykiatrien ofte ligger fysisk placeret i andre bygninger?
- Hvad med distriktpspsykiatrien? Gør den psykiatrien anderledes?
- Hvilket indtryk har du af arbejdet i distriktpspsykiatrien?
- Hvordan oplever du psykiatriens generelle anseelse blandt andre læger og ikke-læger?
- Hvad er for dig det positive ved at vælge psykiatrien?
- Er der også noget der er mindre positivt?
- Oplever du et publiceringspres inden for psykiatrien?

3) Den kronologiske historie

- Før og under studiet
 - Da du begyndte på medicinstudiet havde du da nogen anelse om, hvad du ville være?
 - Hvilke overvejelser gjorde du dig om psykiatri og andre specialer?
 - Kan du huske, hvordan undervisningen/underviserne var?
 - Var du på klinikophold i psykiatri?, hvordan var det?
 - Hvilken slags afdeling var du på?
 - Har du haft FADL vagter i psykiatri? Hvordan var det?
 - Da du var færdig med cand.med., hvad tænkte du da om specialvalg?

- b) Efter studiet
- i Hvad er dine erfaringer fra turnus om psykiatri (har du gået med. tilsyn?, skadestuen, mødt psykiatere, når de kom på tilsyn?)
 - ii Hvad så efter turnus?
 - iii Har du haft vikariater i psykiatri?
 - iv Introduktionsstillinger?
 - v 1. reservelæge/kursusstilling?
 - vi Har der været forskel på, hvordan du syntes det var at være på de mange forskellige afdelinger? Hvor har det været godt/mindre godt? Uddannelsesmiljøer? (første sted du følte dig velkommen som yngre læge?)

4) Afrunding

- a) Når du tænker tilbage, hvad tror du så har været mest afgørende for at du endte med at vælge psykiatri? Har der været nogen personer undervejs?
- b) Er der nogen i din familie der også er psykiatere?
- c) Hvad siger dine lægevenner/andre venner/familie til, at du vil være psykiater?
- d) Sideløbende: Hvor er du henne i forhold til specialevalget?

5) Frafald

- a) Kender du nogen yngre læger der er faldet fra efter introduktionsstillinger el. senere?
- b) Hvorfor tror du, de er faldet fra?

13. Appendiks D: Supplerende figurer og tabeller

Tabel 54. Hvad er væsentligt for valget af speciale? (opdelt på stud.med. og yngre læger).		
Hvor vigtige er følgende forhold for dig, når du skal overveje, hvilket speciale du vil vælge?		
	Yngre læger	Stud.med
Det kliniske arbejde	6,46 (no. 1)	6,50 (no. 2)
At der er mulighed for faglig diskussion med kolleger	6,34 (no. 2)	6,33 (no. 3)
At der er et godt psykisk arbejdsmiljø	6,22 (no. 3)	6,51 (no. 1)
Det teoretiske/faglige indhold	6,14 (no. 4)	6,03 (no. 5)
At der er et godt uddannelsesmiljø	6,11 (no. 5)	6,07 (no. 4)
At der er mulighed for at kunne gennemføre specialeuddannelsen uden at skulle flytte ofte	5,42 (no. 6)	5,23 (no. 10)
At der er en høj grad af direkte patientkontakt	5,39 (no. 7)	5,26 (no. 9)
At der er mulighed for at følge patientforløbet (læge-patient kontinuitet)	5,38 (no. 8)	5,29 (no. 8)
At der er mulighed for fleksibel arbejdstilrettelæggelse	5,28 (no. 9)	5,50 (no. 6)
At der er mulighed for at opnå intro- og uddannelsesstillinger uden lang ventetid	5,26 (no. 10)	5,46 (no. 7)
Sværhedsgraden af specialet i forhold til egne evner	5,20 (no. 11)	5,00 (no. 11)
At der findes effektive behandlingsteknologier	4,84 (no. 12)	4,63 (no. 14)
At der er gode indtjeningsmuligheder	4,60 (no. 13)	4,71 (no. 12)
At der er en lav vagtbelastning	4,56 (no. 14)	4,69 (no. 13)
At der er mulighed for en vagtfri slutstilling	4,55 (no. 15)	4,47 (no. 15)
At der er gode forskningsmuligheder	4,25 (no. 16)	3,73 (no. 19)
At patienterne er lette at arbejde med	4,25 (no. 16)	4,12 (no. 18)
At der er mulighed for at starte privat praksis	4,08 (no. 18)	4,19 (no. 17)
At der ikke stilles for høje krav til forskning og publikation	4,01 (no. 19)	4,23 (no. 16)

Note: Skalaen gik fra 7 (= meget vigtig) til 1 (= slet ikke vigtig). (N=230)

Ved sammenligning mellem de to figurer, vær da opmærksom på at YL's uddannelsesenquete bruger en skala der kun går til 5, mens denne undersøgelse anvender en skala til 7.

Figur 55. Gengivelse af resultater fra FADL's uddannelsesenquete 2001 fra: (Matthiesen, Jensen, Nielsen, Niemann & Rubak 2002) (Skala: 1-5)



Tabel 1. Udvalgte faktorerers betydning for specialevalget.

	Middelværdi	SD	25-percentil	Median	75-percentil
Lægefaglige indhold i specialet	4,55	0,70	4,00	5,00	5,00
Særligt kendskab til specialet	3,06	1,19	2,00	3,00	4,00
Forventet indtjening	2,28	0,99	1,00	2,00	3,00
Forventninger til egne evner	4,10	0,84	4,00	4,00	5,00
Godt uddannelsesmiljø	3,28	1,30	3,00	4,00	4,00
Slutstillinger i sygehussektor	2,75	1,30	1,00	3,00	4,00
Slutstillinger uden for sygehussektor	2,51	1,30	1,00	2,00	4,00
Fleksibel arbejdstilrettelæggelse	2,80	1,36	1,00	3,00	4,00
Ægtefælles arbejde	2,44	1,29	1,00	2,00	3,00
Forventet lav vagtbelastning	2,79	1,34	2,00	3,00	4,00
Forventet uddannelsesetid efter turnus	2,33	1,14	1,00	2,00	3,00
Gennemsnitlige ventetid på uddannelsesstillinger	2,45	1,17	1,00	2,00	3,00
Geografiske placering af stillinger	2,69	1,28	2,00	3,00	4,00
Krav om videnskabelige aktiviteter	2,76	1,16	2,00	3,00	4,00
Mulighed for alternative ansættelser	2,19	1,15	1,00	2,00	3,00
Andre forhold	2,02	1,40	1,00	1,00	3,00

Tabel 56. Beskrivelse af bevægelser i intentioner om valg af psykiatri fra før til efter klinikophold.

Holdningsændring:	Jeg overvejer	Jeg har ikke gjort mig nogen overvejelser	Jeg har fravalgt	I alt – Før
Jeg overvejer	15	2	3	20
Jeg har ikke gjort mig nogen overvejelser	12	22	24	58
Jeg har fravalgt	12	8	59	79
I alt – Før	39	32	86	157

Tabel 57. Vurdering af image		Medicinsk specialiegruppe																	
		Psykiatri						Almen medicin						Kirurgi					
		Stud.med.			Samlet			Stud.med.			Samlet			Stud.med.			Samlet		
		Gns.	SD	Yngre læger	Gns.	SD	Yngre læger	Gns.	SD	Yngre læger	Gns.	SD	Yngre læger	Gns.	SD	Yngre læger	Gns.	SD	Yngre læger
Specialiegruppernes image																			
Prestige blandt læger og lægestuderende		2,55	1,41	2,41	1,38	2,47	1,39	3,99*	1,45	3,54	1,34	3,72	1,41	5,74*	1,13	5,44	1,20	5,56	1,18
Kravet til videnskabelige aktiviteter og publikationer	3,55*	1,54	2,80	1,65	3,10	1,64	3,15*	1,65	2,21	1,53	2,54	1,63	4,49*	1,50	4,10	1,59	4,24	1,57	5,45
Interessant teoretisk indhold	5,05*	1,63	4,69	1,82	4,83	1,75	5,08	1,43	4,80	1,62	4,91	1,55	4,81	1,65	4,90	1,73	4,87	1,70	6,22
Interessant klinisk arbejde	4,05*	1,74	3,71	1,90	3,84	1,84	4,88	1,64	4,81	1,70	4,84	1,67	5,35	1,64	5,27	1,72	5,30	1,69	5,73
Behandlingsmetodernes effektivitet	3,35	1,23	3,25	1,32	3,29	1,29	5,03	1,08	4,96	1,13	4,99	1,11	5,90	0,80	5,79	0,90	5,83	0,86	4,82
Uddannelsesmiljøet	4,80	1,06	4,59	1,43	4,67	1,30	5,19	1,06	5,30	1,17	5,26	1,13	4,09	1,48	4,05	1,50	4,06	1,49	5,01*
Patienternes helbredelighed	3,00	1,20	2,86	1,12	2,92	1,15	5,59	0,99	5,67	1,14	5,64	1,08	5,59	0,91	5,49	0,94	5,53	0,93	4,20
Patientforløbenes længde	6,44*	0,93	6,29	1,00	6,35	0,97	3,89*	1,86	4,42	2,07	4,21	2,00	2,26	1,06	2,23	0,92	2,24	0,98	4,96*
Graden af kontakt mellem læge og patient	5,47	1,45	5,43	1,36	5,45	1,40	6,10*	1,07	6,33	0,85	6,24	0,95	2,84*	1,28	3,46	1,63	3,22	1,53	4,81
Patienterne svære at arbejde med	5,93*	1,06	5,70	1,17	5,79	1,13	3,28	1,27	3,16	1,27	3,21	1,27	2,38	1,00	2,41	1,03	2,40	1,02	3,78
Omfanget af vekslende og ubekvemme arbejdstider	3,65	1,47	3,73	1,44	3,70	1,45	2,42*	1,48	2,05	1,23	2,20	1,35	5,84	1,30	5,80	1,28	5,81	1,29	5,36*
Omfanget af samarbejde med ikke-lægelige faggrupper	5,38	1,62	5,36	1,56	5,36	1,58	4,79	1,74	5,05	1,68	4,95	1,71	4,00	1,74	4,12	1,77	4,07	1,76	4,45
Indtjeningsmulighederne	4,52	1,43	4,32	1,40	4,40	1,41	5,93*	1,24	6,13	1,09	6,04	1,16	5,39*	1,25	4,87	1,44	5,07	1,39	4,78*
Det psykiske arbejdsmiljø	4,39	1,61	4,55	1,45	4,48	1,52	5,46	1,19	5,60	1,24	5,55	1,22	3,76	1,59	3,94	1,63	3,87	1,61	4,48*

*Statistisk signifikans i forskellen på svar mellem medicinstuderende og yngre læger ($\alpha = 0,05$) 'ordered probit'. Se afsnit 2.2.4.

Referenceliste

- Aggernæs, A. (1996). Kliniske afdelingers kvalitet som uddannelsessted. *Ugeskrift for Læger*, 158(29), s. 4218-4220.
- Aggernæs, A. (2005a). Rekruttering af psykiatere i Danmark, historisk set op til 1983. *Ugeskrift for Læger*, 167(6), s. 678-683.
- Aggernæs, H. (2005b). Spildt uddannelseskapalet i psykiatri. *Ugeskrift for Læger*, 167(21), s. 2313.
- Albinus, N.-B. (2005). Læger vælger karriere på løst grundlag. *Dagens Medicin*(1), s. 16.
- Altman, D.G. (1991). *Practical Statistics for Medical Research*. London: Chapman & Hall.
- Altman, D.G. (2000). *Statistics with confidence* (2nd ed.) London: BMJ Books.
- Andersen, C. (2004). Psykiater? – Nej tak. *Ugeskrift for Læger*, 166(50), s. 4566-4570.
- Babbott, D., Baldwin Jr, D.C., Jolly, P. & Williams, D.J. (1988). The stability of early specialty preferences among US medical school graduates in 1983. *JAMA*, 259(13), s. 1970-1975.
- Birket-Smith, M., Knudsen, H.C. & Schepele, E.S. (1993). Klinisk videreuddannelse i voksenpsykiatri er mangelfuld – en spørgeskemaundersøgelse af tilbud og deltagelse. *Ugeskrift for Læger*, 155(35), s. 2706-2711.
- Brockington, I. & Mumford, D. (2002). Recruitment into psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180, s. 307-312.
- Buccarella, M.K. (2005). Sundhedsstyrelsen dimensionerer ikke ud fra lægers ønsker, men ud fra sundhedsvæsenets behov. *Ugeskrift for Læger*, 167(2), s. 193-194.
- Calvert, S.H., Sharpe, M., Power, M. & Lawrie, S.M. (1999). Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), s. 757-761.
- Cameron, P. & Persad, E. (1984). Recruitment into psychiatry: a study of the timing and process of choosing psychiatry as a career. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29(8), s. 676-680.
- Davidson, J.M., Lambert, T.W. & Goldacre, M.J. (1998). Career pathways and destinations 18 years on among doctors who qualified in the United Kingdom in 1977: postal questionnaire survey. *BMJ*, 317(7170), s. 1425-1428.
- Den Almindelige Danske Lægeforening (2002). *Lægekultur og kollegialitet. Kollegialitet og god lægekultur kan ikke beordres – men befordres*. København: DADL, Den Almindelige Danske Lægeforening.
- Det regionale videreuddannelsesråd Region Nord (2004). *Årsberetning Region Nord 2000-2004*. Højbjerg: Det regionale videreuddannelsesråd Region Nord.
- Dohn, H. (1996). Choices of careers in medicine: some theoretical and methodological issues. *Medical education*, 30(3), s. 157-160.
- Dohn, H. (1994). *Lægers Specialevalg – i pædagogisk, psykologisk og sociologisk belysning*. København: Københavns Universitet, Institut for filosofi, pædagogik og retorik.
- Edwards, C., Lambert, T.W., Goldacre, M.J. & Parkhouse, J. (1997). Early medical career choices and eventual careers. *Medical education*, 31(4), s. 237-242.

Feifel, D., Moutier, C.Y. & Swerdlow, N.R. (1999). Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), s. 1397-1402.

Foreningen af Yngre Læger (1999). *Yngre Læger's Uddannelsesenquete 1999*. Udskrevet 19-4-2005, fra http://www.dadlnet.dk/fayl/det_mener/rapporter/udd-enq99.htm.

Foreningen af Yngre Læger (2004a). *Enquete vedrørende valg af introktionsstilling og hoveduddannelsesforløb*. Udskrevet 19-4-2005, fra http://www.dadlnet.dk/fayl/videreudd/Dim04_enq.pdf.

Foreningen af Yngre Læger (2004b). *Resumé [Yngre Lægers dimensioneringsenquete]*. Udskrevet 19-4-2005, fra <http://www.dadlnet.dk/fayl/videreudd/Dimensioneringsenquete%20004%20sammenfatningck.pdf>.

Galeazzi, G.M., Secchi, C. & Curci, P. (2003). Current factors affecting the choice of psychiatry as a specialty: an Italian study. *Academic psychiatry*, 27(2), s. 74-81.

Galletly, C.A., Schrader, G.D., Chesterman, H.M. & Tsourtos, G. (1995). Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. *Medical education*, 29(6), s. 449-451.

Goldacre, M.J. & Lambert, T.W. (2000). Stability and change in career choices of junior doctors: postal questionnaire surveys of the United Kingdom qualifiers of 1993. *Medical education*, 34(9), s. 700-707.

Goldacre, M.J., Turner, G., Fazel, S. & Lambert, T. (2005). Career choices for psychiatry: national surveys of graduates of 1974-2000 from UK medical schools. *British Journal of Psychiatry*, 186, s. 158-164.

Green, W.H. (2003). *Econometric Analysis* (5th ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Hansen, E.J. & Andersen, B.H. (2000). *Et sociologisk værktøj*. København: Hans Reitzels Forlag.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Behov for endringer i turnustjenesten for leger – oppfølging i Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2001). Bekendtgørelse om uddannelse til selvstændigt virke som læge. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Kirchner, J.E. & Owen, R.R. (1996). Choosing a career in psychiatry. *American journal of psychiatry*, 153(10), s. 1372.

Kjekshus, L.E. & Tjora, A.H. (1999). Er legemangelen bare et spørsmål om antall leger? – En fenomenologisk tilnærming til legemangel i ett fylke. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 119(4), s. 541-544.

Kjekshus, L.E. & Tjora, A.H. (1998). Hvor reell er mangelen på leger? *En kartlegging av legebemanningen i et fylke*. (NIS-rapport 3/98). Trondheim: SINTEF Unimed Norsk Institutt for sykehusforskning.

Koch, L. & Vallgård, S. (2003). *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab*. København: Munksgaard.

Kritzer, H. & Zimet, C.N. (1967). A retrospective view of medical specialty choice. *Journal of medical education*, 42(1), s. 47-53.

Lambert, T.W., Davidson, J.M., Evans, J. & Goldacre, M.J. (2003). Doctors' reasons for rejecting initial choices of specialties as long-term careers. *Medical education*, 37(4), s. 312-318.

- Larsen, K. (2004). Flaskehalse i videreuddannelsen. *Ugeskrift for Læger*, 166(50), s. 4643.
- Lee, E.K., Kaltreider, N. & Crouch, J. (1995). Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. *American journal of psychiatry*, 152(7), s. 1066-1069.
- Løkke, K., Karle, J. & Jepsen, E.B. (2000). Bud på fremtidens psykiateruddannelse. *Ugeskrift for Læger*, 162(9), s. 1296-1297.
- Løkke, K., Mathiesen, T., Christensen, H. & Wiwel, T. (1998). Nytænkning nødvendig i psykiatruddannelsen. *Ugeskrift for Læger*, 160(6), s. 902-905.
- Malhi, G.S., Parker, G.B., Parker, K., Kirkby, K.C., Boyce, P., Yellowlees, P. et al. (2002). Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36(3), s. 416-423.
- Matthiesen, K., Jensen, J.W. & Nielsen, C.B. (2001). Uddannelsesenqueten 2001. Kort om hovedresultaterne! *Ugeskrift for Læger*, 163(44), s. 6188-6190.
- Matthiesen, K., Jensen, J.W., Nielsen, C.B., Niemann, T. & Rubak, S. (2002). Fagligt indhold afgør specialevalg! *Ugeskrift for Læger*, 164(14), s. 1972-1974.
- Mitchell, W.D. (1975). Medical student career choice: a conceptualization. *Soc Sci.Med*, 9(11-12), s. 641-653.
- Mowbray, R.M., Davies, B.M. & Biddle, N. (1990). Psychiatry as a career choice. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 24(1), s. 57-64.
- Næser, K. (2005). Den planlagte lægemangel. *Ugeskrift for Læger*, 167(2), s. 195.
- Petrides, K.V. & McManus, I.C. (2004). Mapping medical careers: Questionnaire assessment of career preferences in medical school applicants and final-year students. *BMC Medical Education*, 4(18).
- Rubak, S., Niemann, T. & Jensen, J.W. (2002). Yngre læger forsker af lyst. *Ugeskrift for Læger*, 164(36), s. 4224-4225.
- Saxkjær, L. & Aggernæs, H. (1985). Yngre psykiateres uddannelsessituation. *Ugeskrift for Læger*, 147(44), s. 3570-3572.
- Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst (2005). *Kortlægning af yngre lægers vej gennem speciallægeuddannelsen for de interne medicinske specialer og psykiatri [upubliceret]*. Gentofte: Sekretariatet for Lægelig Videreuddannelse i Region Øst.
- Sestoft, D. (2005). Psykiatri ja tak! *Ugeskrift for Læger*, 167(2), s. 191-192.
- Sierles, F.S. & Taylor, M.A. (1995). Decline of U.S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. *American journal of psychiatry*, 152(10), s. 1416-1426.
- Sierles, F.S., Yager, J. & Weissman, S.H. (2003). Recruitment of U.S. medical graduates into psychiatry: reasons for optimism, sources of concern. *Academic psychiatry*, 27(4), s. 252-259.
- Skausig, O.B. (2005). Unge læger må i kontakt med psykiatrien. *Ugeskrift for Læger* 167(4), s. 420.
- Soethout, M.B.M., ten Cate, T.J. & van der Wal, G. (2004). Factors associated with the nature, timing and stability of the specialty career choices of recently graduated doctors in European countries, a literature review. *Medical Education Online*, 9(24). Available <http://www.med-ed-online.org>.
- Sorensen, H.T., Sexton, H. & Olstad, R. (2004). Experiences from psychiatric rotation for pre-registration house officers: contributions to subjective learning. *Medical education*, 38(4), s. 349-357.

Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Behov for endringer i turnustjenesten for leger? Utredning nr. 1 foretatt av en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedirektoratet ved avdeling for personell*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Turnustjenesten for leger*. (Saksnummer: 05/1666). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Speciallægekommissionen (2000). *Fremtidens Speciallæge* (Betænkning nr.1384). København: Sundhedsministeriet.

Studienævnet for Medicin (2005). *Studiehåndbog for 2002-ordningen inkl. Studieordning og Bekendtgørelse*. København: Københavns Universitet.

Sundhedsstyrelsen (2000). *Lægeprognose – Efterspørgsel 2000-2025*. En redegørelse. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2005). *Supplerende kriterier til vurdering af kvalificerede ansøgere til hoveduddannelsesforløb i speciallægeuddannelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2003a). *Bekendtgørelse om uddannelse af speciallæger*. BEK nr. 660 af 10/07/2003 (Gældende)

Sundhedsstyrelsen (2003b). *Lægeprognose – Udbudet af læger 2000-2025*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2003c). *Dimensioneringsplan 2003*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen & Dansk Psykiatrisk Selskab (2004). *Målbeskrivelse for Speciallægeuddannelsen i Psykiatri*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen 1. kontor (2001). *Supplerende kriterier ved vurderingen af yngre læger til ansættelse i undervisningsstilling*. København: Sundhedsstyrelsen.

Undervisningsministeriet (1986). *Bekendtgørelse om den lægevidenskabelige kandidatuddannelse*. BEK nr. 541 af 28/07/1986.

Weintraub, W., Plaut, S.M. & Weintraub, E. (1999). Recruitment into psychiatry: increasing the pool of applicants. *Canadian journal of psychiatry*, 44(5), s. 473-477.

Weissman, S.H., Haynes, R.A., Killian, C.D. & Robinowitz, C. (1994). A model to determine the influence of medical school on students' career choices: psychiatry, a case study. *Academic medicine*, 69(1), s. 58-59.

Wilkinson, D.G., Greer, S. & Toone, B.K. (1983). Medical students' attitudes to psychiatry. *Psychological Medicine*, 13(1), s. 185-192.

Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale

Udfordringer og muligheder for psykiatrien

Vi hører ofte, at der mangler psykiatere og at for få unge læger vil være psykiatere. Foreningen af Yngre Læger (FAYL) gennemfører selv nogle undersøgelser om lægers specialevalg, men vi ved egentlig ganske lidt om, hvad det er, der får yngre læger til at vælge eller fravælge psykiatri. Ja, faktisk ved vi kun lidt om, hvad der påvirker de yngre lægers valg af specialer i det hele taget.

Det er denne rapport første skridt til at ændre på.

Rapporten undersøger, hvornår og på hvilket grundlag de medicinstuderende og de yngre læger vælger eller fravælger psykiatri, samt hvordan de studerende og de yngre læger vurderer psykiatri i sammenligning med specialegrupperne kirurgi, intern medicin og almen medicin. Desuden undersøges det, hvad der tiltrækker yngre læger til speciallægeuddannelsen i psykiatri.

Rapporten viser, at specialevalget foregår som en lang proces, præget af usikkerhed og ofte som en serie af fravalg. Det er muligt at påvirke lægernes præferencer både i studietiden og under turnus. Det helt væsentlige for lægerne i denne valgproces er det kliniske arbejde; det skal være interessant, meningsfyldt, foregå i et godt psykisk arbejdsmiljø og med god mulighed for faglig sparring med kolleger. Sidst men ikke mindst skal uddannelsesmiljøet være godt.

Godt nok er der ikke så stor prestige tilknyttet de psykiatriske specialer, men de har faktisk flere positive kvaliteter, som kan tiltrække yngre læger, og som man kan gøre mere synlige. Således vurderer både studerende, yngre læger og læger i speciallægeuddannelse til psykiatri, at det teoretiske indhold i specialet er interessant, at uddannelsesmiljøet er godt og at arbejdsforholdene er gode.

På baggrund af rapportens analyser gennemgås en række forslag til konkrete tiltag, som kunne forbedre rekrutteringen til det psykiatriske speciale. Rapporten henvender sig både til alle, der arbejder med rekruttering og uddannelse inden for psykiatri og til alle der interesserer sig for medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale.