
Medisinstudenters holdninger og forventninger til fremtidige arbeidsvilkår

ORIGINALARTIKKEL

SANDER KVAMMEN FIMLAND

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Han har bidratt til idé, utarbeiding og revisjon av artikkelen og godkjenning av innsendt manusversjon og utført datainnsamling og analyse.

Sander Kvammen Fimland er lege i spesialisering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS SORTE KJENÅS

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Han har bidratt til idé, utarbeiding og revisjon av artikkelen og godkjenning av innsendt manusversjon og utført datainnsamling og analyse.

Andreas Sorte Kjenås er lege i spesialisering.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KARIN ISAKSSON RØ

LEFO – Legeforskningsinstituttet

Hun har bidratt til idé, utarbeiding og revisjon av artikkelen og godkjenning av innsendt manusversjon.

Karin Isaksson Rø er master i helseadministrasjon, ph.d., spesialist i arbeidsmedisin og instituttsjef.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARGRETHE AASE SCHAUFEL

margrethe.schaufel@uib.no

Lungeavdelinga

Haukeland universitetssjukehus

Hun har bidratt til idé, utarbeiding og revisjon av artikkelen og godkjenning av innsendt manusversjon og utført datainnsamling og analyse.

Margrethe Aase Schaufel er ph.d., spesialist i hjertesykdommer og overlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Legestreiken i 2016 fremhevet en pågående diskusjon om strammere rammebetingelser for leger. Med denne streiken som bakteppe ville vi undersøke hvilke holdninger og forventninger medisinstudenter har til fremtidige arbeidsvilkår.

MATERIALE OG METODE

Fire fokusgruppeintervjuer med totalt 21 medisinstudenter (48 % kvinner, alder 21–38 år) fra tredje til sjette studieår ble gjennomført og analysert ved systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Studentene beskrev hvordan legenes innsats for å hjelpe hverandre var positiv for arbeidsmiljøet, men samtidig kunne bidra paradoksalt til at kollegiets rammebetingelser ble verre. De fremhevet viktigheten av samhold om offentlig helsevesen, gode fagmiljø og idealisme, men opplevde at dette kunne trues av konkurranse om stillinger og mistillit til politisk styring. Behovet for å være flink og nå opp i konkurransen om midlertidig jobb samt sterk motivasjon for å bli lege gjorde studentene sårbare for å akseptere tøffe arbeidsvilkår.

Studenters holdninger og forventninger var hovedsakelig formet av praksiserfaring og familiemedlemmer, men streiken innvirket på de eldre kullenes vurdering av fremtidig arbeidssituasjon.

FORTOLKNING

Medisinstudenter uttrykker bekymring for å akseptere å gå inn i et system de ikke umiddelbart kan endre, der det kan være vanskelig å ivareta egne behov og en god balanse mellom jobb og hjem. Dette har implikasjoner for bevisstgjøring underveis i medisinstudiet og utvikling av en organisasjonskultur som ivaretar forsvarlige og bærekraftige arbeidsvilkår for legene.

Hovedfunn

Sosialisering inn i paradoksal kollegialitet og produksjonskultur kunne vanskeliggjøre det å stå opp for gode arbeidsbetingelser.

Samhold om offentlig helsevesen, gode fagmiljø og idealisme kunne trues av kamp om stillinger og mistillit til politisk ledelse.

Sterk motivasjon for legeyrket og behovet for å være flink gjorde studentene sårbare for å akseptere tøffe arbeidsvilkår.

Sykehusleger i Norge har lenge rapportert stabilt høy jobbtilfredshet [\(1\)](#), men også høy gjennomsnittlig arbeidstid hvor hektiske dager, lange vakter og unntak fra arbeidsmiljøloven er normen [\(2, 3\)](#). Legene får stadig flere og nye arbeidsoppgaver som skal løses, og vakter er preget av lite hviletid [\(4\)](#). Helseforetaksmodellen fremheves av flere som problematisk, med lange beslutningslinjer, fravær av stedlig ledelse samt innsatsstyrt finansiering [\(5\)](#). Legeforeningens arbeidstidsundersøkelse viste at sykehusleger går i snitt tre timer ubetalt overtid i uken, tilsvarende 924 årsverk [\(6\)](#), til tross for økningen i antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten de siste år. I tillegg til økende ytre krav kan profesjonsnormer blant leger fordre å sette sine egne behov til side til fordel for pasientens og arbeidsplassens behov, og dermed bidra til at leger strekker seg langt for pasienten og kollegiet [\(7\)](#). Samtidig ser vi at legerollen, som tidligere har vært beskrevet som en livsstil, er i ferd med å forstås mer som en jobb av yngre leger [\(8\)](#).

Denne endringen kan forstås i lys av motivasjonsteori (*self-determination theory*, SDT) [\(9\)](#). Denne teorien beskriver ulike former for motivasjon, der indrestyrt motivasjon er den viktigste drivkraften. Indrestyrt motivasjon beskrives som det å gjøre noe fordi det er interessant og tilfredsstillende i seg selv og er på linje med egne verdier og overbevisninger. Dette er i motsetning til det å gjøre noe for å oppnå en belønning (ytrestyrt motivasjon). Men ytre motivasjonsfaktorer kan gradvis internaliseres ved at de transformeres til personlige verdier og omgjøres til indrestyrt motivasjon. Endringen fra å se på legeyrket som en identitet til å oppleve det mer som en jobb kan illustrere en slik transformering. Tradisjonelt har leger vært motivert av å gi pasienten god og tilstrekkelig behandling – hvilket har blitt forstått slik at man for pasientens del, sine kollegers del og sin egen del trengte å være lege nærmest på heltid og ofte jobbe utover stipulert arbeidstid. Gradvis kan ytre regulering, som å overholde avtalt arbeidstid, ha blitt til en mer internalisert motivasjon. Yngre leger er fortsatt motivert av å gi pasienter god og tilstrekkelig behandling, men fremhever også betydningen av en god balanse mellom jobb og fritid for helsepersonell som et viktig element for å kunne tilby bærekraftige helsetjenester. Når både mannlige og kvinnelige studenter peker på god jobb-hjem-balanse som en av de viktigste verdiene i fremtidig yrkesliv [\(10\)](#), kan det tyde på en slik «ny» internalisert motivasjon.

I 2016 ble det en uenighet mellom arbeidsgiverorganisasjonen Spekter og fagforeningen Akademikerne rundt forståelsen av arbeidsgivers rett til å regulere arbeidsplaner for leger. Legene var bekymret for at den enkelte i større grad kunne presses av arbeidsgiver til mer ugunstige arbeidstidsordninger. Resultatet av konflikten ble legestreik høsten 2016, en streik som endte med tvungen lønnsnemnd ([11, 12](#)). Til tross for mulige urovekkende trender i legers arbeidshverdag har de norske søkertallene til medisinstudiet aldri vært høyere ([13](#)). Som legestudenter var vi i etterkant av streiken nysgjerrige på hva som kan forklare den tilsynelatende diskrepansen mellom medisinstudiets økende popularitet og beskrivelsene i media av dårligere arbeidsvilkår for norske leger. Vi ønsket derfor å undersøke hvilke holdninger og forventninger medisinstudentene har til fremtidige rammebetingelser i yrkeslivet.

Materiale og metode

Vi valgte å bruke kvalitativ metode i form av fokusgruppeintervjuer, noe som er velegnet til å studere erfaringer, motivasjon, holdninger og forventninger ([14, 15](#)). Fire fokusgruppeintervjuer med medisinstudenter ved Universitetet i Bergen – én gruppe fra hvert kull fra tredje til sjette studieår (fem–seks personer per gruppe, varighet 46–73 minutter) – ble gjennomført i perioden september 2017–februar 2018. Deltakerne ble rekruttert gjennom én person tilknyttet kullet som hadde fått informasjon om studien. Vi informerte om at det skulle være variasjon i kjønn og alder, og at ikke kun nære relasjoner skulle inkluderes. Universitetet i Bergen utdanner årlig 165 medisinstudenter av totalt 636 i Norge. Vi inkluderte et strategisk utvalg med variasjon mellom kjønn, alder og geografisk tilknytning/hjemsted, og bare studenter med klinisk erfaring. Totalt 21 personer (48 % kvinner) i alderen 21–38 år deltok, med geografisk variasjon sør for Trøndelag. Intervjuveilederen omhandlet blant annet hvilke tanker studentene hadde rundt fremtidig arbeidsliv og arbeidssituasjon, og hvilke forhold, inkludert den aktuelle streiken, som hadde påvirket dem. Fimland og Kjenås var moderatorer, og Schaufel sekretær under intervjuene. Lydopptak av fokusgruppeintervjuene ble transkribert og deretter analysert ved systematisk tekstkondensering i samarbeid mellom Fimland, Kjenås og Schaufel ([16](#)). Dette er en tematisk analysemetode med følgende fire trinn: 1) lese hele materialet for å få et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsbærende enheter som representerer ulike aspekter av deltakernes holdninger og forventninger til fremtidige arbeidsvilkår og definere koder for disse, 3) kondensere og abstrahere innholdet i hver kodegruppe, 4) sammenfatte innholdet i hver kodegruppe til generaliserte beskrivelser og konsepter som reflekterer de viktigste erfaringene fra medisinstudentenes beretninger. Analyse og rekruttering foregikk trinnvis, slik at man supplerte datamaterialet med ulike perspektiver og erfaringer i suksessive intervjuer. En analyselogg dokumenterte den analytiske prosessen og kategoriutviklingen ([17](#)). Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) til å ikke ligge under deres ansvarsområde, og er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ref. 57452). Deltakerne har gitt skriftlig, informert samtykke til å delta i studien.

Resultater

Kollegialitet og krav

Sosialisering inn i paradoksal kollegialitet og produksjonskultur kunne vanskeliggjøre det å stå opp for gode arbeidsbetingelser. Studentene beskrev hvordan legenes forsøk på å hjelpe hverandre og være kollegiale var positivt for arbeidsmiljøet, men samtidig kunne bidra paradoksalt til at kollegiets rammebetingelser ble verre. Det fremstod umulig for studentene å komme inn som ny og påvirke et så innarbeidet system der man ikke går hjem før man har gjort sitt og dermed unngår å overføre arbeidsoppgaver til påtroppende kolleger. De beskrev hvordan de erkjente kompromissene i egen yrkesframtid med økende innsikt under studiet, og at valget om å bli lege kunne innebefatte en resignerende aksept for den gjeldende kulturen. Samtidig så deltakerne at den tjenesten legene gjorde for en påtroppende kollega kunne være en bjørnetjeneste i det større bildet:

«Det er en del av det kollegiale, føler jeg. Du går ikke hjem før du har gjort det du skal, for du vet jo at nestemann får det ille. Og terskelen for å spørre om overtid, føler jeg ... Nei, jeg føler det er en ukultur. Altså, det kollegiale du gjør blir å skyte seg midt i leggen.» (Kvinne, intervju 2.)

Studentene så at det var vanskelig å unngå gratis overtid, og beskrev at de følte en forventning om å stille opp og jobbe overtid, og å ikke dokumentere den. I motsatt fall kunne man bli ansett som en «kji» kollega, og man ville ikke være den ene som stod på kravene og gikk hjem fra uferdig arbeid. Noen pekte på at streiken kunne tydeliggjøre konflikt rundt dokumentasjonen av overtid og sette kolleger opp mot hverandre. Følgene av denne udokumenterte overtiden ble vurdert slik:

«Når man ikke skriver overtid, sier man til økonomene at man jobber åtte timer når man egentlig jobber tolv. Da vil de si at det går helt fint med ti leger på den avdelingen, når man egentlig behøver femten. Det blir selvforsterkende – skriver du ikke overtid, må du til slutt jobbe enda mer.» (Mann, intervju 3.)

De uttrykte også bekymring for balansen mellom direkte pasientarbeid og papirarbeid. En student beskrev forventninger om at legens tilstedeværelse skulle være en del av medisinen for pasienten, at «kanskje kunne noen pasienter trengt mer lege og mindre medisin». Imidlertid observerte studentene at legene gjorde det de kunne for å ikke komme inn på «irrelevante ting» i pasientsamtalene, og avsluttet dem så fort som mulig. Noen studenter var blitt frarådet sitt fremtidige yrke av kolleger som var skuffet over krav til mye papirarbeid fremfor tid med pasientene. Dette ble tolket som del av en ressursknapphet og produksjonskultur på sykehusene, og beskrevet som negative rammebetingelser, som studentene likevel innstilte seg på:

«Når leger snakker om hvordan det har utviklet seg de siste årene, så er det at man må springe raskere og gjøre mer og mer på kort tid. Det er alltid krav til effektivisering. At på en måte peker alle pilene nedover. Jeg òg er litt innstilt på at det går samme veien fremover.» (Mann, intervju 1.)

Samhold og interessemotsetninger

Samhold om offentlig helsevesen, gode fagmiljø og idealisme kunne trues av kamp om stillinger og mistillit til politisk ledelse. Studentene var enige i at det offentlige er grunnstammen i helsevesenet og fremhevet viktigheten av å støtte opp om dette. Fagmiljø, forskning og tilbakebetaling for studiet ble nevnt som viktige faktorer. De uttrykte bekymring rundt fremtiden til det offentlige helsevesenet, og utviklingen mot mer privatisering ble omtalt som en «trend som måtte snus». Streiken aktualiserte for dem at det kollektive burde gå foran egen vinning:

«Og så løser det ingenting å starte på Volvat. Dette er noe som har med å prøve å løfte litt i flokk. Det løser ingenting å starte privat for å få det bedre personlig. Det er mer alvorlig enn som så, det er ikke veldig helsefremmende hvis alle andre må ta den børen. I tillegg har vi fått gratis utdanning fra staten, så det er ikke aktuelt de første 30 årene, i alle fall.» (Mann, intervju 1.)

På den andre siden pekte de på at økt press i det offentlige gjorde at slike verdier kunne trues og bidro til at noen var mer positivt innstilt til å jobbe i det private. De fortalte at leger i spesialisering med midlertidige stillinger uttrykte misnøye, og beskrev hvordan det å ikke være fast ansatt vanskeliggjorde å ta opp problemer og være åpen om kritikkverdige arbeidsforhold. Problemene ble knyttet opp mot konkurranse mellom kollegene som var tuftet på usikkerhet rundt fornyet vikariat og fast stilling. De observerte at i kampen om faste stillinger på offentlige sykehus kunne presset bli så hardt at de ikke ville bli værende:

«Jeg tenker at så lenge det er en konkurranse, så er jo folk villige til å strekke strikken ganske langt. Og da er det jo sånn at de som er mest villige til å ta litt ekstra på seg, blir jo mest populære blant arbeidsgiver også. Hvis man skal tenke litt kynisk, da.» (Kvinne, intervju 2.)

Studentene hadde forståelse for nærmeste leders behov for å levere på budsjett og krav, men uttrykte mistillit til politikk og system når det gjaldt å bli tatt hensyn til som arbeidstaker. Dette gikk ut over engasjementet for yrket og faget, og ikke minst pasientsikkerheten. Streiken ble nevnt som et utfall av mistillit mellom leger og arbeidsgiver. En student hadde observert hvilket press leger ble satt under når vaktkalen skulle gå opp, da en gravid kvinne i tredje trimester ble presset til å ta en vakansvakt.

Motivasjon og arbeidsvilkår

Sterk motivasjon for legeryrket og behovet for å være flink gjorde studentene sårbare for å akseptere tøffe arbeidsvilkår. De var innforstått med at rollen kunne innebære mye ansvar og lange vakter, og at det tidvis kunne være et tungt og krevende yrke, men uttrykte likevel dyp motivasjon for å bli lege. Studentene oppfattet at mange leger følte seg privilegert ved å ha en så meningsfylt posisjon at de gav mye av seg selv. Det var viktig å sette pasientens behov øverst, og man var villig til å bruke den tiden man vurderte var nødvendig for at pasientene skulle få det man følte de trengte. En med midlertidig lisens opplevde at det å gjøre en forskjell for én av pasientene eller å jobbe med en inspirerende kollega kompenserte for en ellers travel arbeidsdag.

Den sterke motivasjonen for å hjelpe andre, samt behovet for å gjøre en god jobb og være flink for å nå opp i konkurransen om midlertidig jobb, kunne gjøre at man ikke i like stor grad tok hensyn til seg selv. De aksepterte at det var påregnelig med tøffe forhold når man kunne få bli lege, og man så det som en unik mulighet til å få et spennende og givende yrkesliv:

«Det er prisen å betale for et statusyrke. Folk vet at det å være lege er vanskelig, og at det stilles krav – dette er noe vi må akseptere om vi skal bli leger. (...) Dette er en del av gamet.» (Mann, intervju 1.)

Som motsats til dette kom det frem fortellinger om at stor dedikasjon og mye tid i yrket kunne ha svært negative ringvirkninger på familieliv og forhold, blant annet skilsmisser og barn som sier at «mamma bor på sykehuset». Kolleger rundt ble beskrevet som «supermennesker», mens man selv satt med følelsen av å ha begrenset arbeidsevne, og det gav en følelse av dårlig samvittighet. Slike holdninger og forventninger til egen yrkesfremtid var hovedsakelig formet av praksiserfaring og familiemedlemmer, men på de eldre kullene mente flere studenter at streiken hadde hatt betydning for deres tanker om legehverdagen, og at de var blitt mer orientert og bevisste på arbeidssituasjonen. Streiken ble beskrevet som en «liten vekker» når det gjaldt hva de gikk til og kunne møte i legeyrket. De var likevel bekymret for om behovet for å gjøre et godt inntrykk ved å vise stor arbeidskapasitet reduserte evnen til å se egen begrensning og behovet for hvile.

«Men det er kanskje vanskelig å se for seg hvordan man selv takler det og hvordan man kjenner det på kroppen. At det kanskje ikke er prioriteringer man selv ønsker å gjøre, men at man på en måte har godtatt at det er sånn å være lege. Fordi man har sett andre gjøre det.» (Kvinne, intervju 2.)

Diskusjon

Medisinstudentene på tvers av årskullene uttrykte både sterk motivasjon for å bli lege og bekymring rundt egen yrkesfremtid og utvikling i offentlig helsesektor i etterkant av streiken. De var forberedt på å stå overfor en rekke dilemmaer, som å velge mellom spesialisering og familietid, og å oppleve at de må jobbe mye overtid som kan gjøre det vanskelig å prioritere egne behov. De så liten mulighet til å påvirke den kulturen de observerte. Under diskuterer vi betydningen av funnene våre samt styrker og svakheter ved studien.

Profesjons- og organisasjonskultur

Viktigheten av trivsel blant helsepersonell er i økende grad studert som premiss for kvaliteten på pasientbehandling (18, 19). Tidligere studier har vist at man sosialiseres inn i en kultur med gitte premisser for oppførsel og innordning (20, 21), der det er vanskelig å finne balansen mellom det etiske og medisinske ansvaret for pasienten og egne rammer og utviklingen av profesjonell identitet (22, 23). Det har blitt beskrevet hvor viktig gruppekonformitet er for hver enkelt medisinstudents tilpassing av adferd og holdninger på studiet (24). Sammen med inntrykk fra praksis gjennom studiet og innspill fra leger i klinisk arbeid kan det skapes en felles oppfatning av hvilke verdier en lege skal ha.

Våre funn fra medisinstudenters narrativer belyser hvordan en gradvis tilpasning til kravene i klinisk praksis kan bidra til å forklare sosialisering inn i en kultur med mye overtidsarbeid og manglende balanse mellom jobb og fritid, samtidig som studentene er tydelig kritiske til denne utviklingen. I lys av motivasjonsteori kan man forstå dette som en brytningstid mellom ulike former for indrestyrt motivasjon (9). Studentene beskriver at flere av kollegene de møter, er motivert av å gi pasienten god og tilstrekkelig behandling – i den forstand at man både for pasientens, kollegers og egen del må være lege nærmest døgnet rundt og jobbe utover fastsatt arbeidstid. Samtidig kan studentenes innstilling forstås som at de er motivert til å gi pasienten god og tilstrekkelig behandling, men at dette er avhengig av at legen også har en god balanse mellom jobb og hjem. Man beskriver at den mer tradisjonelle forståelsen kan oppleves uhensiktsmessig og i verste fall skape dårlige arbeidsforhold for legegruppen samlet sett.

Legelivet i spenn

Et påfallende funn i denne studien er studentenes holdning til og ønske om å bli lege på tross av vissheten om en tøff arbeidshverdag. Flere sa at deres bekymring og skepsis med hensyn til høyt arbeidspress og unntak fra arbeidsmiljøloven gjorde at de var innstilt på å prøve å forandre systemet. Likevel var tiltroen til mulighet for endring noe resignert ettersom systemet oppleves som stort og vanskelig, om ikke umulig, å endre.

Festinger beskrev i 1957 en teori om kognitiv dissonans: Når egne verdier og holdninger kommer i konflikt med omgivelsene, oppstår et psykologisk ubehag. Menneskets behov for å dempe en slik indre konflikt viser seg blant annet ved at man endrer holdninger eller unngår aktuelle omgivelser (25). Å gå fra å være medisinstudent med holdninger til rammebetingelser som enda ikke er utfordret, til å være lege som står i systemet og hele tiden opplever denne dissonansen, kan medføre verdiendringer og økende aksept for det systemet man er del av. Studentene identifiserer og uttrykker bekymring for og misnøye med en rekke kompromisser som må inngås. Å akseptere å jobbe gratis for å hjelpe en påtroppende kollega, å velge å være der for pasienten eller å gjennomføre spesialiseringen man ønsker, kan alle oppleves som en trussel mot prioritering av egne behov og familie og fritid. Samtidig er det viktig å påpeke at norske leger i spesialisering rapporterer trivsel i arbeidshverdagen til tross for flere arbeidstimer enn gjennomsnittet, og at man ser en trend mot mer familievennlige arbeidstider samt en korrelasjon mellom signifikant mindre arbeidstid og bedre trivsel (26). For at leger i best mulig grad skal være rustet til å stå i spennet mellom indre motivasjon og gitte arbeidsvilkår er det viktig at dette drøftes og fokuseres på underveis i medisinstudiet og dessuten i helseforetakene.

Validitet og overførbarhet

Kvalitativ metode er egnet til å få tilgang til personlige opplevelser og historier som kan belyse problemstillingen rikere og bredere enn bruk av standardiserte spørreskjemaer (14). Undersøkelsen er gjort ved ett universitet i Norge, men et bredt sammensatt utvalg av informanter gjør likevel at opplevelsene og forventningene kan være overførbare til og gjenkjennelige for medisinstudenter

ved andre studiesteder. Intervjuene ble ledet av medstudenter ved eget universitet, og vi valgte å gjennomføre gruppeintervjuer fremfor individualintervjuer. Dette kan ha påvirket hva studentene ville utlevere og ikke. Vår oppfatning var at denne intervjuformen skapte en trygg ramme og gjorde at deltakerne delte oppriktig av erfaringer og tanker som også innbefattet usikkerhet og sårbarhet. De to førsteforfatternes motivasjon for studien var engasjement under streiken og opplevelse av stadig tøffere krav til norske leger, sett med medisinstudenters blikk. Dette kan være med på å påvirke spørsmålsstilling og videre tolkning av resultatene i kritisk retning. At streik og konflikt med arbeidsgiver var utgangspunkt for intervjuene, kan også ha påvirket datainnsamlingen gjennom fokus på negative rammebetingelser og ved at de mest kritiske studentene ønsket å delta som informanter. Deltakerne rapporterte imidlertid fordeler ved profesjonsvalget og positive forventninger til yrkesfremtiden, noe som understreker at det var nyanserte og varierte synspunkter. De formidlet også svært ulike erfaringer med og inntrykk fra streiken. Sisteforfatterne, som er spesialister i henholdsvis arbeidsmedisin og hjertesykdommer, har også fulgt opp elementer i datainnsamlingen og analysen som kunne belyse funnene fra et klinisk ståsted.

Konklusjon

Medisinstudenters sterke motivasjon for å bli lege er en viktig drivkraft, samtidig som den kan gjøre dem sårbare for å tilpasse seg arbeidssituasjoner med mye overtid og høyt tidspress for å kunne være konkurransedyktige og imøtekomme kollegers og arbeidsgivers krav. Studentene er bekymret for å akseptere å gå inn i et system de ikke umiddelbart kan endre, der det kan være vanskelig å ivareta egne behov og en god balanse mellom jobb og hjem. Dette har implikasjoner for bevisstgjøring underveis i medisinstudiet og utvikling av en organisasjonskultur som ivaretar forsvarlige og bærekraftige arbeidsvilkår for legene.

Vi takker medisinstudentene som deltok i studien og som hjalp til med rekrutteringen.

Artikkelen er fagfellevurdert.

LITTERATUR

1. Nylenna M, Aasland OG. Jobbtilfredshet blant norske leger. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1028–31. [PubMed][CrossRef]
2. Rosta J, Aasland OG. Legers arbeidstid og tid til pasientarbeid i perioden 1994 - 2014. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1355–9. [PubMed][CrossRef]
3. Kvavik BO. Arbeidstid for leger. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2136.
4. NTB. Leger slår alarm: 19-timersvakter uten tid til å spise eller gå på do. Dagsavisen 7.1.2018. <https://www.dagsavisen.no/innenriks/leger-slar-alarm->

19-timersvakter-uten-tid-til-a-spise-eller-ga-pa-do-1.1080735 Lest 27.2.2019.

5. Martinussen PE, Frich JC, Vrangbæk K et al. Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener sykehuslegene? Michael 2017; 14: 95–105.
6. Kalveland J. Altfor få leger på avdelingen. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1047.
7. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R et al. Den gode legen – sterk og utholdende. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1631–4. [PubMed][CrossRef]
8. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R et al. Dagens sykehuslege – fremdeles alltid på vakt. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1635–8. [PubMed][CrossRef]
9. Diderichsen S. It's just a job: a new generation of physicians dealing with career and work ideals. Doktoravhandling. Umeå: Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet, 2017. <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1145048&dswid=4777> Lest 27.2.2019.
10. Deci EL, Ryan RM. Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory. I: Ryan RM, red. Oxford handbook of human motivation. Oxford: Oxford University Press, 2012: 85–107.
11. Kalveland J. Streiken er over. Uroen fortsetter. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136: 1942–3.
12. Grimsgaard C. Litt om konflikten mellom Spekter og Akademikerne helse. Dagens Medisin 2.9.2016. <https://www.dagensmedisin.no/blogger/christian-grimsgaard/2016/09/02/litt-om-konflikten-mellom-spekter-og-akademikerne-helse/> Lest 27.2.2019.
13. Baugstø VS. Rekordhøyt søkerantall til medisinstudiet. Dagens Medisin 2.4.2017. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/20/rekordhoyt-sokerantall-til-medisinstudiet/> Lest 27.2.2019.
14. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
15. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
16. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]
17. Whitehead L. Enhancing the quality of hermeneutic research: decision trail. J Adv Nurs 2004; 45: 512–8. [PubMed][CrossRef]
18. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. BMJ Qual Saf 2015; 24: 608–10. [PubMed][CrossRef]

19. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014; 12: 573–6. [PubMed][CrossRef]
 20. Good BJ. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
 21. Sinclair S. *Making doctors – an institutional apprenticeship*. Oxford: Berg, 1997.
 22. Johansson KA, Ohldieck C, Aase M et al. Skjebnezapping–medisinsk grunnopplæring, legestudenters dannelse og den etiske fordring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1618–21. [PubMed]
 23. Pitkala KH, Mantyranta T. Professional socialization revised: medical students' own conceptions related to adoption of the future physician's role—a qualitative study. *Med Teach* 2003; 25: 155–60. [PubMed][CrossRef]
 24. Beran TN, Kaba A, Caird J et al. The good and bad of group conformity: a call for a new programme of research in medical education. *Med Educ* 2014; 48: 851–9. [PubMed][CrossRef]
 25. Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press, 1962.
 26. Aasland OG, Rosta J. Norske leger i spesialisering – hvordan har de det? *Forum for yngre leger* 2013; 2: 11–2.
-

Publisert: 18. november 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0185

Mottatt 28.2.2019, første revisjon innsendt 10.6.2019, godkjent 6.8.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. februar 2026.