

YNGRE LÆGERS ARBEJDSMILJØ 2019



Indhold

Forord	2
1. Indledning	3
2. Konklusioner	4
3. Betydningen af et godt arbejdsmiljø	6
3.1 Arbejdsmiljø	7
3.2 Sammenhængen mellem indeksmålene og selvvurderet arbejdsmiljø	9
3.3 Sammenhængen mellem indeksmålene og arbejdsrelateret stress	10
3.4 Behandlingskvalitet og patientsikkerhed	13
3.5 Arbejdsrelateret stress	18
4. Travlhed	20
4.1 Tid og tempo	21
4.2 Pauser og overarbejde	23
4.3 Bemanding og opgaveglidning	25
4.4 IT	27
5. Supervision & ledelse	28
5.1 Supervisionens karakter	29
5.2 Ledelsens prioritering af supervision	31
5.3 Arbejdsopgaver og oplæring	33
5.4 Feedback og forventninger	35
5.5 Håndtering af følelsesmæssigt belastende oplevelser	37
6. Ensomhed	38
6.1 Faglig støtte og sparring	39
6.2 Usikkerhed og tvivl	41
6.3 Fællesskab	43
7. Afbrydelser	45
7.1 Omkostningerne ved afbrydelser	46
7.2 Arbejdstilrettelæggelse	50
8. Undersøgelsens respondenter	52
8.1 Geografisk fordeling	52
8.2 Sektor	54
8.3 Uddannelse	56
8.4 Speciale	59
9. Appendiks	60

FORORD

Der er mere end 13.000 yngre læger i Danmark. Vi møder dem overalt i det danske sundhedsvæsen. Her er de i front dag og nat, altid klar til at tage hånd om de danskere, der har brug for hjælp fra sundhedsvæsenet.

Yngre læger er de læger, der i fremtiden kommer til at udgøre den højtspecialiserede rygrad på de danske hospitalet, eller som vi i fremtiden konsulterer som vores almen praktiserende læge. De fleste yngre læger er nemlig i gang med at videreuddanne sig til speciallæge inden for ét af de 39 lægefaglige specialer, typisk med henblik på en karriere inden for somatikken, psykiatrien eller i almen praksis. Omtrent 3.000 yngre læger er allerede færdiguddannede og har taget hul på karrieren som specialist.

Denne undersøgelse viser, at arbejdsmiljøet blandt yngre læger påvirker både patientsikkerheden og behandlingskvaliteten i det danske sundhedsvæsen. Derfor er yngre lægers arbejdsmiljø vigtigt. Læg dertil at en vigtig del af arbejdet som yngre læge indebærer dygtiggørelse og videreuddannelse. Arbejdsmiljøet danner altså rammerne for den lægelige videreuddannelse og påvirker derfor også, hvordan vores sundhed og behandlingsmuligheder former sig på sigt.

Rapporten baserer sig på en rundspørge blandt samtlige af Yngre Lægers medlemmer i marts-april 2019. Mere end hver tredje af alle yngre læger i hele Danmark har givet deres besyv med. Konklusionerne herunder tegner altså et præcist og repræsentativt billede af yngre lægers arbejdsmiljø anno 2019 og dets betydning for det danske sundhedsvæsen.

God læselyst,

Helga Schultz

Formand for Yngre Læger

Sofie Hjortø,

Formand for Yngre Lægers arbejdsmiljøudvalg



1. INDLEDNING

I perioden 18. marts til 7. april 2019 gennemførte Yngre Læger en spørgeskemaundersøgelse blandt samtlige af foreningens 13240 medlemmer. I alt besvarede 4645 yngre læger undersøgelsen, hvilket svarer til en svarrate på ca. 35%.

Det første spadestik til undersøgelsen blev taget allerede i 2018. Her blev en række indledende, kvalitative øvelser afholdt for at finde frem til en lille håndfuld kerneområder, der har særlig betydning for arbejdslivet som yngre læge. Disse områder dannede rammen for undersøgelsen, og de afspejler sig også i rapportens opdeling i fire emner eller såkaldte indeksmål:

- [Travlhed](#)
- [Supervision & ledelse](#)
- [Ensomhed](#)
- [Afbrydelser](#)

Antagelsen bag undersøgelsen er, at de fire temaer påvirker den samlede kvalitet af arbejdsmiljøet. Forventningen er desuden, at arbejdsmiljøet påvirker både behandlingskvaliteten og patientsikkerheden på den pågældende arbejdsplads.

Rapporten præsenterer indledningsvist de overordnede konklusioner. Herefter følger en analyse af, hvordan yngre lægers arbejdsmiljø i signifikant grad påvirker behandlingskvaliteten og patientsikkerheden i det danske sundhedsvæsen. I dette afsnit påvises det også, hvordan arbejdsmiljøet har en effekt på graden, hvormed den enkelte læge påvirkes af arbejdsrelateret stress. Efter analysen præsenteres resultaterne af undersøgelsen for hvert af de fire ovennævnte emner.

Undersøgelsen er udformet med et ønske om at få så præcise og målingsvalide estimater af arbejdsmiljøet inden for de fire temaer som muligt. Derfor tager undersøgelsen også afsæt i gængse videnskabelige standarder for spørgeskemaer, ligesom samtlige korrelationsmål og statistiske modeller er gjort tilgængelige i [appendikset](#) for at sikre fuld gennemsigtighed. Her finder den nysgerrige læser også en mere dybdegående præsentation af undersøgelsens metodik og research design samt et overblik over spørgeskemaets udformning.

Bemærk at alle resultater i denne rapport er landsdækkende.



2. KONKLUSIONER

Rapportens overordnede budskab er at alle vinder, når den yngre læges arbejdsmiljø forbedres. Undersøgelsens resultater viser, at når den enkelte yngre læge har et godt arbejdsmiljø, så har det en række positive effekter for patienter og pårørende såvel som de ansatte selv, som i gennemsnit er mindre ramt af arbejdsrelateret stress. Et godt arbejdsmiljø for yngre læger er ikke kun vigtigt for læger som faggruppe, men mindst lige så vigtigt for sundhedsvæsenet som helhed. Denne undersøgelse identificerer en række indsatsområder af stor relevans for en forbedring af yngre lægers arbejdsmiljø. Travlhed, supervision & ledelse, ensomhed og afbrydelser er et godt sted at starte. Konkrete initiativer, som løser nogle af disse problemer er et vigtigt skridt på vejen mod et bedre arbejdsmiljø for yngre læger og i sidste ende et bedre sundhedsvæsen til gavn for alle.

Undersøgelsens resultater peger først og fremmest på, at det kan betale sig at forbedre de yngre lægers arbejdsmiljø. Yngre læger, som har for travlt, får utilfredsstillende supervision og ledelse, er for meget alene eller oplever mange unødvendige afbrydelser, har i gennemsnit et dårligere samlet arbejdsmiljø. Over halvdelen af de yngre læger med et dårligt arbejdsmiljø er i høj eller meget høj grad påvirket af arbejdsrelateret stress i deres dagligdag. Undersøgelsen peger på, at det særligt er yngre læger, der har for travlt, som i højere grad oplever arbejdsrelateret stress. Et dårligt arbejdsmiljø er dårligt nyt for den yngre læge. Men det er også dårligt nyt for patienter og pårørende. Behandlingskvaliteten og patientsikkerheden vurderes signifikant dårligere af den yngre læge, når det samlede arbejdsmiljø er dårligt. Det er derfor meget sandsynligt, at de negative konsekvenser af et dårligt arbejdsmiljø for yngre læger går ud over patienterne. Men også arbejdsgiverne oplever omkostninger ved et utilstrækkeligt arbejdsmiljø. Øget stress fører til sygemeldinger, og udfordringer med behandlingskvalitet og patientsikkerhed kan resultere i længere indlæggelsesperioder og genindlæggelser - alt sammen forhold, der koster på bundlinjen.

En betydelig andel af de yngre læger oplever imidlertid at have et grundlæggende godt arbejdsmiljø. Men mange steder er der i høj grad plads til forbedringer. Travlhed, supervision & ledelse, ensomhed og afbrydelser danner rammen for nærværende undersøgelse af de yngre lægers arbejdsmiljø. Mange yngre læger har for travlt, og rigtig mange oplever, at det er nødvendigt at springe pauser over og påtage sig overarbejde for at nå alle arbejdsopgaverne. Flere yngre læger oplever desuden, at bemandingen på deres arbejdsplads er utilstrækkelig i forhold til mængden og typen af arbejdsopgaver. I forlængelse heraf oplever en del yngre læger, at de bruger tid på at løse opgaver, der egentlig burde løses af andre faggrupper. For mange tager problemer med IT-systemer værdifuld tid fra andre arbejdsopgaver.

Resultaterne viser, at yngre læger får tildelt fagligt udviklende opgaver, og at der er tydelige forventninger til dem. De nærmeste ledelser prioriterer i et vist omfang supervisionen og uddannelsen af yngre læger, mens det samme i - relativt set - mindre grad gør sig gældende for de øverste ledelseslag. Mange yngre læger oplever dog også, at supervision ikke indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen, og at feedback på deres arbejde ikke altid er lige konstruktiv. Der er derudover et forbedringspotentiale at spore i graden, hvormed supervisionen udvikler lægerne fagligt, ligesom at der ikke altid er mulighed for at få

støtte til at håndtere følelsesmæssigt belastende situationer. Slutteligt viser resultaterne, at en væsentlig del af yngre læger ikke får den tilstrækkelig oplæring og introduktion til nye arbejdsopgaver.

Yngre læger oplever - gennemsnitligt set - at de får støtte fagligt udfordrende situationer, og mange oplever ligeledes, at de kan spørge til råds uden at det påvirker deres faglige anseelse. Dertil kommer, at de fleste oplever at have kollegaer, de kan være fortrolige med. Ensomhed er, i forhold til spørgeskemaets andre temaer, stadig et tabubelagt emne, hvor mange stadig er tilbageholdende med at indrømme, at de føler sig alene. Derfor bør det tages alvorligt, at betydelige andele af danske yngre læger oplever, at de i nogen grad står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor de egentlig har brug for sparring. Resultaterne giver også anledning til at konkludere, at en del respondenter er usikre på deres faglige ståsted i forhold til andre læger på samme uddannelsestrin - en følelse, der kan give mange en følelse af at være alene i virket som læge.

Resultaterne viser, at yngre lægers arbejde langt fra altid tilrettelægges ud fra hensynet om at minimere antallet af unødvendige afbrydelser. Mange steder er der et forbedringspotentiale på dette punkt. Resultatet er særligt interessant, når det sammenholdes med undersøgelsens øvrige resultater vedrørende omkostningerne ved afbrydelser. Selvom en del yngre læger tilkendegiver, at de hurtigt kan genvinde koncentrationen efter en afbrydelse, viser resultaterne også tydeligt, at afbrydelser går ud over fagligheden i opgaveløsningen og at unødvendige afbrydelser tager tid fra de lægefaglige opgaver. Allermest tydeligt står dog, at afbrydelser i høj grad påvirker den enkelte læges produktivitet negativt.



3. BETYDNINGEN AF ET GODT ARBEJDSMILJØ

Alle respondenter har bedømt kvaliteten af det samlede arbejdsmiljø på deres arbejdsplads. Derudover har de vurderet en række konkrete arbejdsmiljøforhold indenfor [travlhed](#), [supervision & ledelse](#), [ensomhed](#) og [afbrydelser](#). Slutteligt har de tilkendegivet, hvorvidt de er påvirket af arbejdsrelateret stress. Udover disse vurderinger har hver enkelt respondent vurderet patientsikkerheden og behandlingskvaliteten på vedkommendes nuværende arbejdsplads.

Sammenkoblingen af disse vurderinger er interessant. For det første giver det helt konkret mulighed for at estimere, hvordan de forskellige arbejdsmiljøforhold påvirker hinanden. For det andet er det oplagt at undersøge, om arbejdsmiljøet for yngre læger påvirker den oplevede behandlingskvalitet og patientsikkerhed.

Analysen af resultaterne viser, at der eksisterer en statistisk højsignifikant¹ sammenhæng mellem yngre lægers arbejdsmiljø og behandlingskvalitet. Derudover eksisterer der også en direkte, højsignifikant sammenhæng mellem arbejdsmiljøet og patientsikkerheden - selv når der kontrolleres for effekten af behandlingskvaliteten.

Herudover viser resultaterne, at travlhed, supervision & ledelse, ensomhed og afbrydelser hver især på signifikant vis påvirker det samlede arbejdsmiljø. Den samlede vurdering af arbejdsmiljøet viser sig desuden at have en højsignifikant sammenhæng med den påvirkning af arbejdsrelateret stress, den enkelte respondent oplever.

Undersøgelsen peger derfor alt i alt på, at der er en lang række gevinster ved at omsætte rapportens resultater til konkrete forbedringer på hospitalerne hvad angår de fire overordnede arbejdsmiljøforhold. For det første fordi et forbedret arbejdsmiljø vil reducere stressniveauet blandt yngre læger. For det andet fordi forbedringer i arbejdsmiljøet hos yngre læger vil komme patienterne til gavn - både nu og på længere sigt.

Dette afsnit gennemgår først vurderingerne af [det samlede arbejdsmiljø](#) og beskriver sammenhængen mellem undersøgelsens variable. Herefter præsenteres resultaterne for [sammenhængen mellem de fire indeksmål](#) på den ene side og den samlede bedømmelse af arbejdsmiljøet på den anden side, hvorefter [sammenhængen mellem de fire indeksmål og arbejdsrelateret stress](#) præsenteres. Konklusionen er som nævnt, at de fire indeks hver især påvirker både stressniveauet og bedømmelsen af arbejdsmiljøet samlet set.

Det samlede arbejdsmiljø lægges derefter til grund for analysen af henholdsvis patientsikkerhed og behandlingskvalitet. Først påvises det, hvordan [yngre lægers samlede arbejdsmiljø har en direkte](#)

¹ Når en sammenhæng beskrives som højsignifikant i denne rapport, betyder det, at $p \leq 0.001$. Der er altså mindre end 0,1% sandsynlighed for at finde det givne resultat med nærværende stikprøve, hvis ikke forholdet gjorde sig gældende i hele populationen af yngre læger.

[signifikant påvirkning på vurderingen af behandlingskvaliteten](#) på det enkelte arbejdssted. Herefter følger [en lignende analyse for patientsikkerhed](#). Her konkluderer analysen også, at arbejdsmiljøet har en højsignifikant sammenhæng med patientsikkerheden - selv når man kontrollerer for behandlingskvaliteten.

De fire indeksmål for [travlhed](#), [supervision & ledelse](#), [ensomhed](#) og [afbrydelser](#) samt de fire temaers individuelle underspørgsmål præsenteres i afsnit 4-7.

Det bør naturligvis bemærkes, at korrelation ikke nødvendigvis er det samme som kausalitet. Det kan ikke udelukkes, at følelsen af at kunne yde behandling af høj kvalitet eksempelvis afspejler sig i en følelse af at have et godt arbejdsmiljø. Men givet den tydelige sammenhæng mellem det overordnede arbejdsmiljømål og de enkelte indeksmål og indikatorer, hvor koblingen til patientsikkerhed og behandlingskvalitet er langt mindre direkte, vurderes det som mest plausibelt, at arbejdsmiljøet er den uafhængige variabel - og at patientsikkerhed og behandlingskvalitet kan behandles som afhængige variable.

3.1 ARBEJDSMILJØ

Samtlige respondenter har givet deres samlede arbejdsmiljø en karakter fra 1-10. På landsplan svarer yngre læger således:

Samlet vurdering af arbejdsmiljø.

"Hvilken karakter vil du samlet set give arbejdsmiljøet på din arbejdsplads?"

Skala: 1-10

Gennemsnit: 6,5

Median: 7,00

Standardafvigelse: 2,0

Gennemsnittet er 6,5 ud af 10 mulige point, medianen er 7. Det bør bemærkes, at der er en standardafvigelse på 2,0 skalapoint. Det betyder, at den gennemsnitlige afvigelse - eller uenighed i svarafgivelsen - mellem hver respondent er omtrent to skalapoint. Vender man blikket mod fordelingen af svarene, ser billedet således ud:



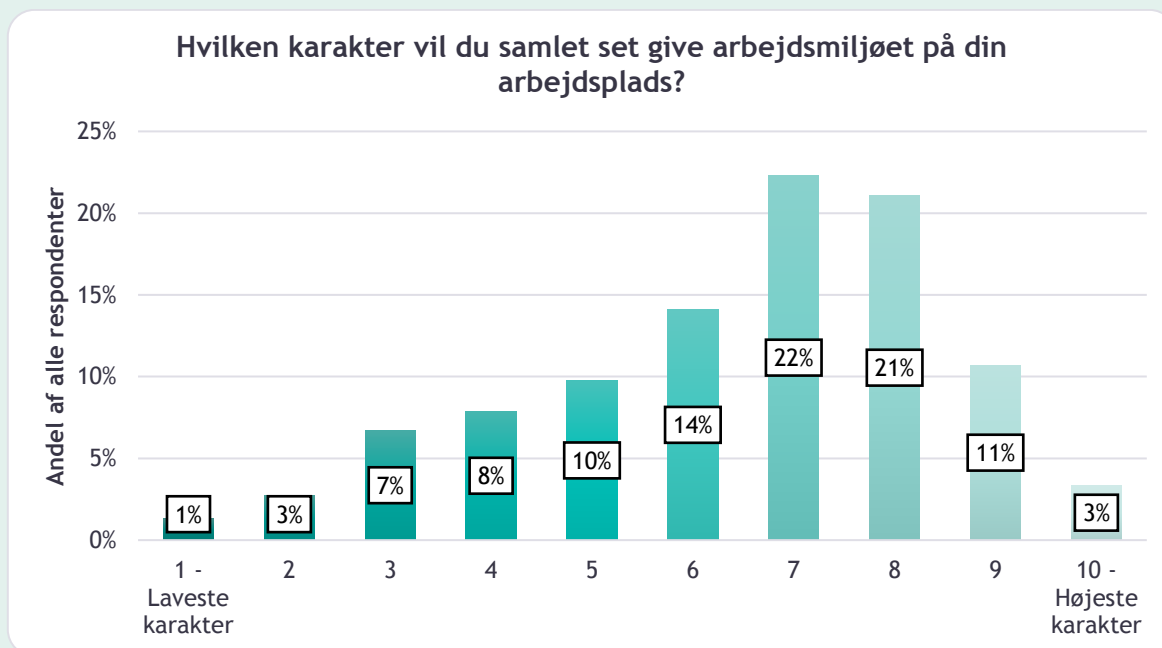


DIAGRAM 1

Der er en overvægt af svarafgivelser i den højere ende af skalaen. Dette er positivt i flere henseender. Først og fremmest er det positivt, at en betydelig andel af yngre læger oplever at have et grundlæggende godt arbejdsmiljø, selvom der er plads til forbedringer mange steder. Det er altså muligt - nogle steder - at skabe et godt arbejdsmiljø for yngre læger. For det andet er en konsekvens af de positive vurderinger, at der eksisterer et fornuftigt grundlag for erfaringsudveksling og til at identificere konkrete metoder og værktøjer, der mærkbart forbedrer arbejdsmiljøet. Dette gør undersøgelsens resultater mere operationelle og giver klarere anbefalinger. Sidst, men ikke mindst vil [analysen nedenfor](#) vise, at pæne vurderinger af arbejdsmiljøet også er gode nyheder for de patienter, der kommer i kontakt med sundhedsvæsenet på steder, hvor arbejdsmiljøet for yngre læger er godt. De vil gennemsnitligt set opleve både højere behandlingskvalitet og bedre patientsikkerhed.

Omvendt er det vigtigt, at man ikke overvurderer betydningen af den venstreskæve fordeling. Næsten hver femte yngre læge oplever et utilstrækkeligt arbejdsmiljø (vurdering 1-4), og næsten hver fjerde angiver en karakter i middelområdet (5-6) under undersøgelses gennemsnittet, hvor der stadig formodes at være et relativt set stort forbedringspotentiale. Som nævnt er gennemsnittet 6,5 og medianen 7, så selv for den "gennemsnitlige" yngre læge er der plads til forbedringer.

Det er derudover værd at bemærke, at fordelingen ovenfor er på nationalt plan. Vurderingen for den enkelte arbejdsplads vil sandsynligvis ikke ligne billedet ovenfor med jævne fordelinger mellem både gode og dårlige arbejdsmiljøvurderinger. Nogle arbejdspladser vil have et stort - måske endda akut - behov for at forbedre arbejdsmiljøet, mens andre arbejdspladser vil have potentialet til at lære fra sig og inspirere.

Som [afsnit 3.4](#) vil vise, er der en direkte sammenhæng mellem yngre lægers arbejdsmiljø på den ene side og behandlingskvalitet og patientsikkerhed på den anden. Dette betyder også, at ethvert tilfælde af utilstrækkeligt arbejdsmiljø har konsekvenser, der rækker ud over den enkelte læges arbejdsliv.

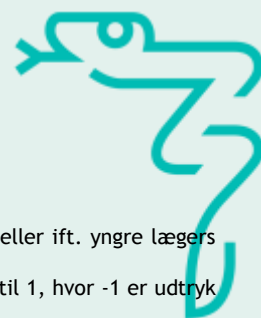
3.2 SAMMENHÆNGEN MELLEM INDEKSMÅLENE OG SELVVURDERET ARBEJDSMILJØ

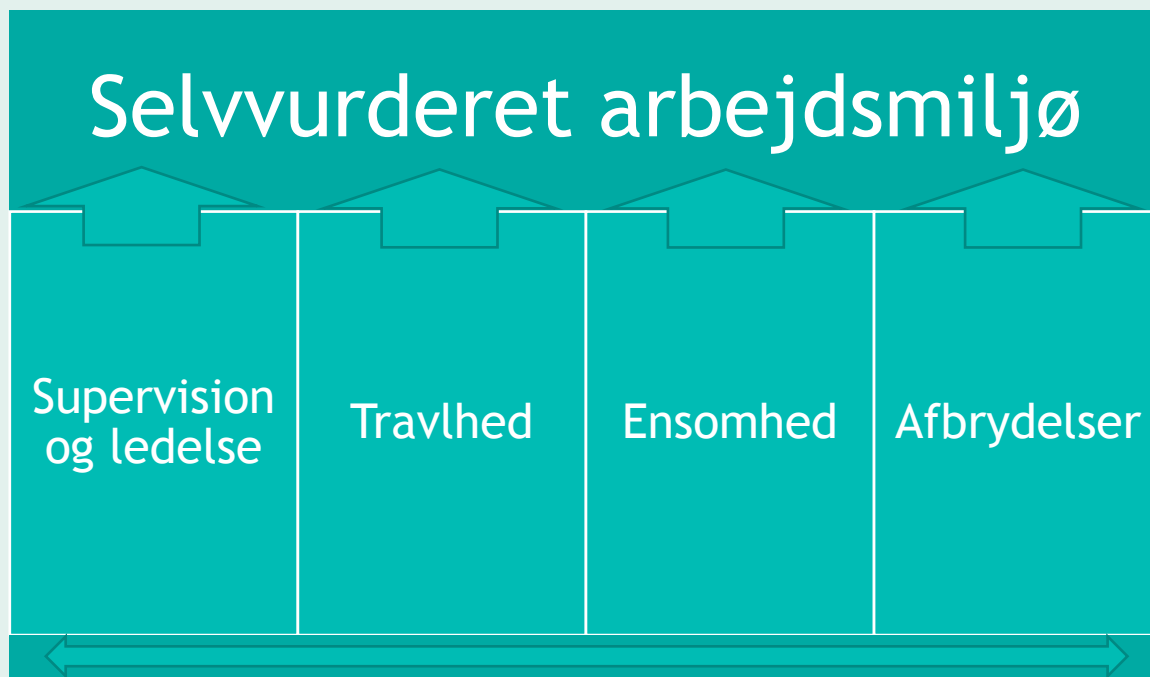
Som nævnt tidligere findes der en sammenhæng mellem undersøgelsens fire temaer og den yngre læges vurdering af det samlede arbejdsmiljø. Det skal i den sammenhæng understreges, at der er tale om bivariate korrelationer, dvs. samvariation mellem to variable.² Vi antager derfor, at indeksmålene er de uafhængige variable og selvvurderet arbejdsmiljø, er den afhængige. Der er teoretisk gode grund til at antage, at de påvirker hinanden. Det kan dog ikke udelukkes, at en samlet opfattelse af arbejdsmiljøet påvirker respondentens vurdering af de enkelte forhold, men det vurderes klart mest sandsynligt, at påvirkningen går den anden vej - altså at de fire, individuelle forhold i stedet påvirker den samlede opfattelse af arbejdsmiljøet. Denne vurdering beror på tidligere undersøgelser, der har dokumenteret lignende sammenhænge (se eks. Yngre Lægers [analyse af psykiatrien](#)), og kvalitative forundersøgelser til disse undersøgelser, hvor kausaliteten er afsøgt.

Det fremgår tydeligt, at alle indeksmålene er statistisk højsignifikant korreleret med vurderingen af det samlede arbejdsmiljø. Alle korrelationerne mellem indeksmålene og vurderingen af det samlede arbejdsmiljø har således en Pearsons r-værdi, der er væsentlig højere end 0.30, hvilket er det konventionelle niveau for en acceptabel korrelation.³ Dette betyder, at de fire indeksmål spiller en vigtig rolle, når yngre lægers vurdering af det samlede arbejdsmiljø skal forklares. Resultaterne giver dermed belæg for, at disse fire temaer er vigtige, når det drejer sig om yngre lægers arbejdsmiljø. Ligeledes peger resultaterne på, at disse områder med fordel kan forbedres med henblik på en forbedring af yngre lægers samlede arbejdsmiljø. I figur 1 nedenfor er dette illustreret.

² Se appendiksafsnittet vedrørende [korrelationsmål](#) for en uddybning af bivariate vs. multiple regressionsmodeller ift. yngre lægers arbejdsmiljø.

³ En Pearsons r-værdi er et mål for styrken af en lineær sammenhæng mellem to variable. Værdien går fra -1 til 1, hvor -1 er udtryk for ingen korrelation, mens 1 er udtryk for perfekt korrelation. Se afsnit vedrørende korrelationsmål i appendiks.





FIGUR 1

INDEKSMÅLENE PÅVIRKNING AF DET SAMLEDE ARBEJDSMILJØ

Undersøgelsen peger på, at særligt supervision og ledelse er helt central for den yngre læges samlede vurdering af arbejdsmiljøet. Supervision og ledelse forklarer således 45% af variationen i det samlede arbejdsmiljø, når der ikke kontrolleres for andre variable. Herefter følger travlhed, der kan forklare 35% af variationen i det samlede arbejdsmiljø. Ensomhed og afbrydelser forklarer hhv. 32% og 20% af variationen.⁴ Dette betyder, at når de fire indeksmål forbedres, så er det endda meget sandsynligt, at den yngre læges vurdering af det samlede arbejdsmiljø også forbedres.

De fire temaer er derfor vigtige at holde for øje, hvis man ønsker at gøre noget ved yngre lægers arbejdsmiljø.

3.3 SAMMENHÆNGEN MELLEM INDEKSMÅLENE OG ARBEJDSRELATERET STRESS

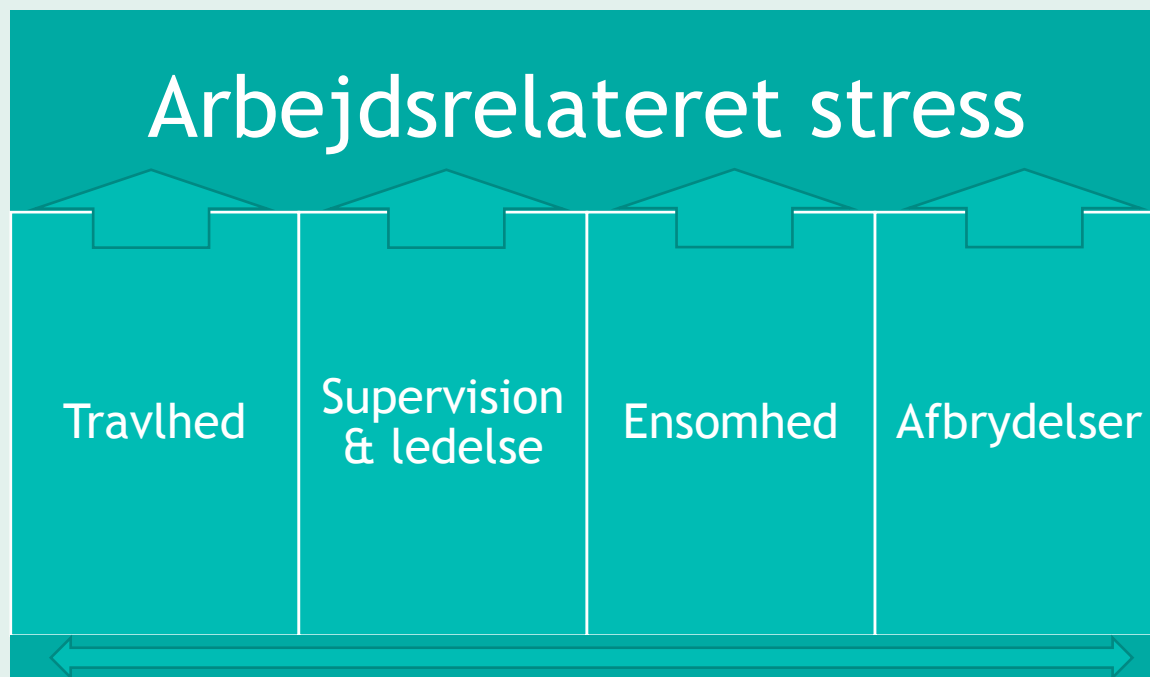
Undersøgelsens fire temaer spiller en vigtig rolle for oplevelsen af arbejdsrelateret stress. Det fremgår tydeligt, at alle indeksmålene er statistisk højsignifikant korreleret med den yngre læges oplevelse af arbejdsrelateret stress. Alle korrelationerne mellem indeksmålene og arbejdsrelateret stress har således en Pearsons r-værdi på mere end 0,30, og er dermed over det konventionelle niveau for en acceptabel korrelation.⁵ Tidligere undersøgelser har ligeledes dokumenteret, at læger topper listen over jobgrupper med arbejdsrelateret stress⁶. Hvis man ønsker at gøre noget ved yngre lægers oplevelse af arbejdsrelateret

⁴ Se afsnit om [korrelationsanalyser](#) i appendikset.

⁵ Se note 4 ovenover.

⁶ Se National Forskningscenter for Arbejdsmiljø <https://arbejdsmiljodata.nfa.dk/>

stress er en forbedring af supervision og ledelse samt en reduktion af travlhed, ensomhed og unødvendige afbrydelser gode steder at starte. I figur 2 nedenfor er sammenhængen illustreret.



FIGUR 2

INDEKSMÅLENE'S EFFEKT PÅ ARBEJDSRELATERET STRESS

Undersøgelsen peger på, at særligt travlhed er helt central, når den yngre læges oplevelse af arbejdsrelateret stress skal forklares. Travlhed forklarer således 34% af variationen i oplevelsen af arbejdsrelateret stress, når der ikke kontrolleres for andre variable. Herefter følger afbrydelser og ensomhed, der forklarer hhv. 19% og 18%. Supervision og ledelse forklarer 11%.⁷ Ved at gøre noget ved disse fire forhold er det altså muligt, at man kan forbedre den yngre læges oplevelse af arbejdsrelateret stress.

Det er i og for sig ikke underligt, at travlhed er det forhold, der har den stærkeste sammenhæng med påvirkningen af arbejdsrelateret stress. Som det fremgår af afsnittet vedrørende [travlhed](#), udgøres dette indeksmål af en række indikatorer, som vedrører balancen mellem tilgængelige ressourcer på arbejdspladsen og de opgaver, der skal løses. Billedet, som undersøgelsens resultater tydeligt tegner, viser, at arbejdstempoet mange steder er for højt, at det for mange lægers vedkommende er nødvendigt at påtage sig overarbejde for at løse arbejdsopgaverne, og at bemanningen mange steder ganske enkelt er utilstrækkelig.

Men resultaterne viser også, at stressniveauet påvirkes af flere faktorer. Supervision og ledelse, ensomhed og afbrydelser har også en effekt på den enkeltes påvirkning af stress. Tilrettelægger man eksempelvis fast supervision og prioriterer feedback og oplæring af læger under uddannelse, vil det have en positiv effekt

⁷ Se appendiks vedrørende [Korrelationsanalyser](#).

på stressniveauet. Det vil have en positiv effekt på stressniveauet at sikre en arbejdskultur, hvor faglige tvivlsspørgsmål ikke påvirker anseelsen negativt, og hvor sammenholdet mellem kollegaer sikrer, at yngre læger ikke står alene med tunge, lægefaglige beslutninger uden at have adgang til sparring. Og tilrettelægger man arbejdet på en måde, så unødvendige afbrydelser ikke ødelægger arbejdets flow og tager tid fra de lægefaglige kerneopgaver, vil det have en positiv effekt på stressniveauet.

Det kan konkluderes, at de fire temaer er helt centrale at være opmærksomme på, hvis man ønsker at nedbringe yngre lægers oplevelse af arbejdsrelateret stress. Resultaterne indikerer også, at man skal være særligt opmærksom på travlhed, da dette ser ud til isoleret set at gøre den største forskel for yngre lægers påvirkning af arbejdsrelateret stress.



3.4 BEHANDLINGSKVALITET OG PATIENTSIKKERHED

I ovenstående afsnit har vi set på, hvordan de fire temaer forklarer yngre lægers samlede vurdering af deres arbejdsmiljø samt påvirkningen af arbejdsrelateret stress. I det følgende afsnit vender vi blikket mod, hvordan vurderingen af det samlede arbejdsmiljø - og dermed i høj grad produktet af de fire indeks - er af afgørende betydning for den yngre læges vurdering af behandlingskvaliteten og patientsikkerheden på arbejdspladsen.

3.4.1 BEHANDLINGSKVALITET

Alle respondenter har angivet deres subjektive vurdering af behandlingskvaliteten på deres arbejdsplads.⁸

Vurdering af behandlingskvalitet

"Hvilken karakter vil du samlet set give behandlingskvaliteten på din arbejdsplads?"

Skala: 1-10

Gennemsnit: 7,4

Median: 8,0

Standardafvigelse: 1,6

Vender man blikket mod fordelingen af svar, ser billedet således ud:

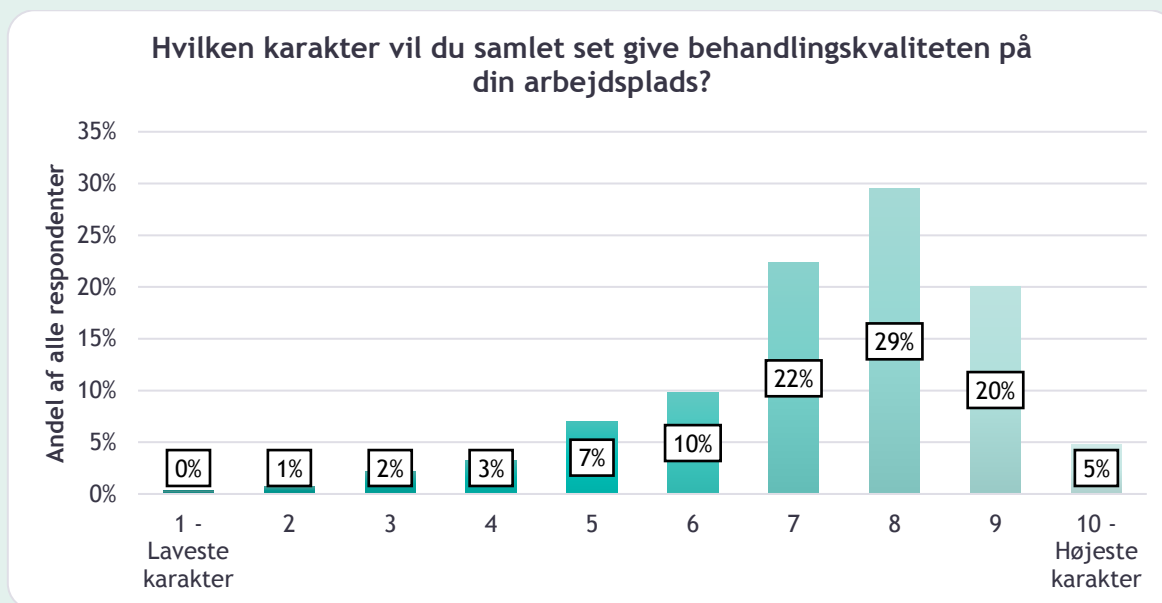
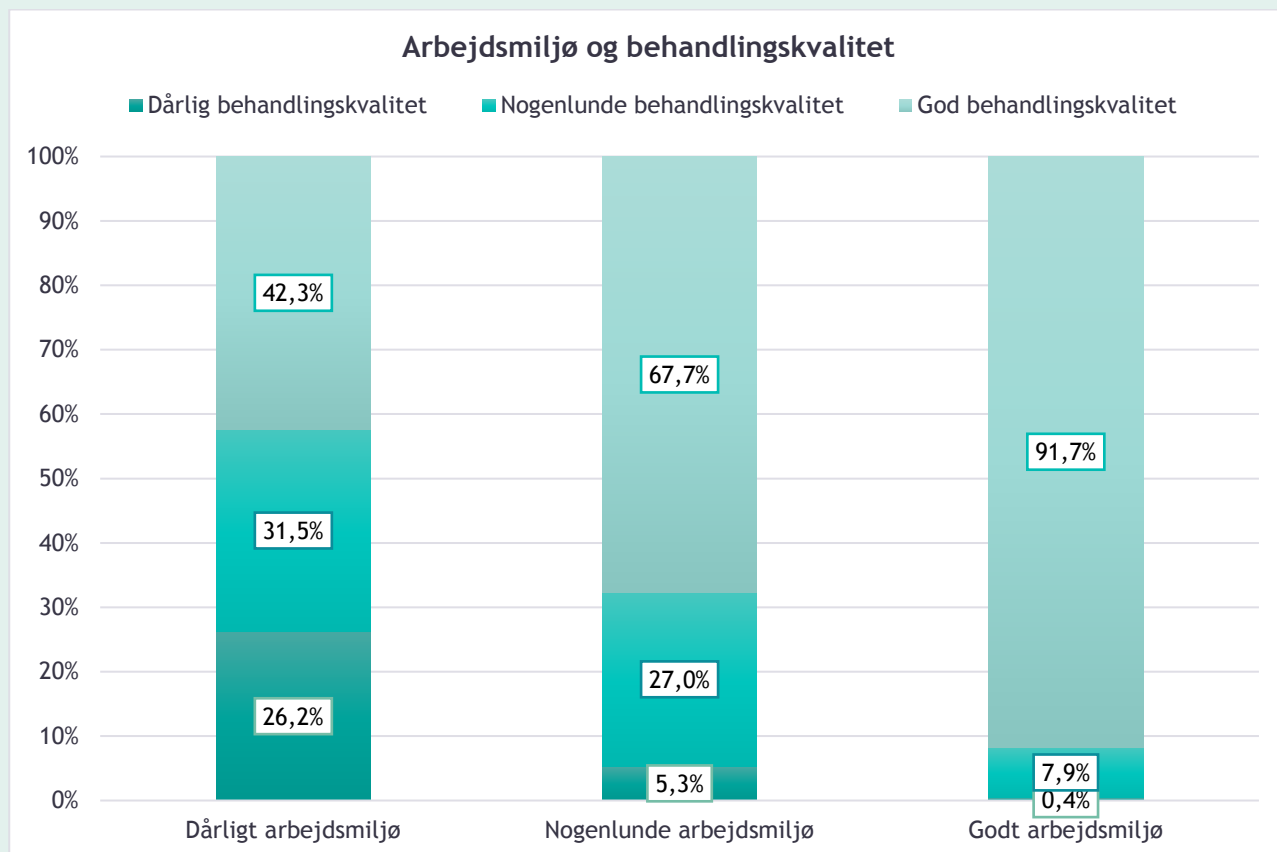


DIAGRAM 2

⁸ Det bør bemærkes, at der i OECD og WHO-regi typisk opereres med objektive mål for behandlingskvalitet. Målet i denne analyse er en subjektiv vurdering og dermed behandlerens eget estimat. Variablen giver således et validt billede af, hvordan yngre læger vurderer behandlingskvalitet ift. et fagligt ideal. Udregningen af gennemsnit er forsøgt foretaget både med inklusion og eksklusion af svarafgivelser fra yngre læger, der må formodes at have lille eller ingen patientkontakt (eks. laboratorieansatte og statsligt ansatte). Eksklusionen ændrer dog ikke på estimerne, hvorfor alle svar inkluderes i analysen.

Billedet ligner fordelingen for de samlede vurderinger af arbejdsmiljø. Det er positivt, at behandlingskvaliteten gennemsnitligt set ligger i den høje ende af skalaen. Vurderingerne gør det dog også oplagt at undersøge, hvad der kendetegner arbejdspladserne i den høje ende af behandlingskvalitetsskalaen - og omvendt, hvad der kendetegner arbejdspladserne i bunden af skalaen.

I en krydstabulering af behandlingskvalitet med ens vurdering af det samlede arbejdsmiljø ses det tydeligt, at den yngre læges vurdering af det samlede arbejdsmiljø har betydning for vurderingen af behandlingskvaliteten. I figur 3 nedenfor ses dette.⁹



FIGUR 3

Det fremgår af figur 3, at hele 91,7% af de yngre læger, som svarer, at de har et godt arbejdsmiljø, også mener, at behandlingskvaliteten på deres afdeling er god. Kun 0,4% svarer, at behandlingskvaliteten er dårlig. Tilsvarende svarer lidt over en fjerdedel af de yngre læger, at behandlingskvaliteten er dårlig, hvis arbejdsmiljøet samtidigt er dårligt. Under halvdelen af de yngre læger, som oplever et dårligt arbejdsmiljø, vurderer, at behandlingskvaliteten er god.

⁹ Se [appendikset](#) for korrelationsværdier og forklaringskraft. Karaktererne 1-3 er lagt sammen og udgør kategorien "dårligt arbejdsmiljø", 4-6 udgør "nogenlunde arbejdsmiljø" og 7-10 udgør "godt arbejdsmiljø". Samme kodelogik er anvendt for behandlingskvalitet.

Det er altså ikke tilfældigt, at fordelingerne ligner hinanden. Tværtimod er der en klar, systematisk tendens til, at gode vurderinger af behandlingskvaliteten følger gode vurderinger af det samlede arbejdsmiljø.

Er målet en bedre behandlingskvalitet, er det svært at undgå at sætte fokus på arbejdsmiljøet. Og som analysen ovenfor viste, er de fire temaer i undersøgelsen (travlhed, supervision & ledelse, ensomhed og afbrydelser) vigtige komponenter i en målrettet indsats for forbedring af arbejdsmiljøet.

3.4.2 PATIENTSIKKERHED

Alle respondenter har givet deres egen bedømmelse af patientsikkerheden på deres arbejdsplads.¹⁰

Vurdering af patientsikkerhed

"Hvilken karakter vil du samlet set give behandlingskvaliteten på din arbejdsplads?"

Skala: 1-10

Gennemsnit: 7,3

Median: 8,0

Standardafvigelse: 1,8

Kigger man fordelingen af svarafgivelserne, ser billedet således ud:

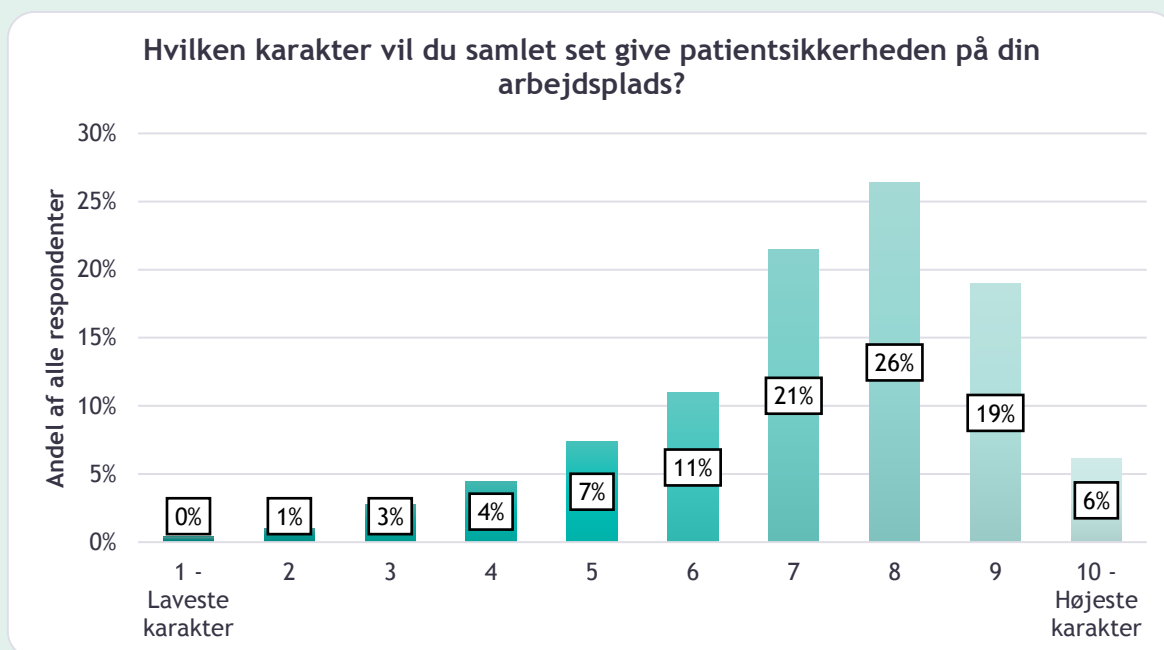
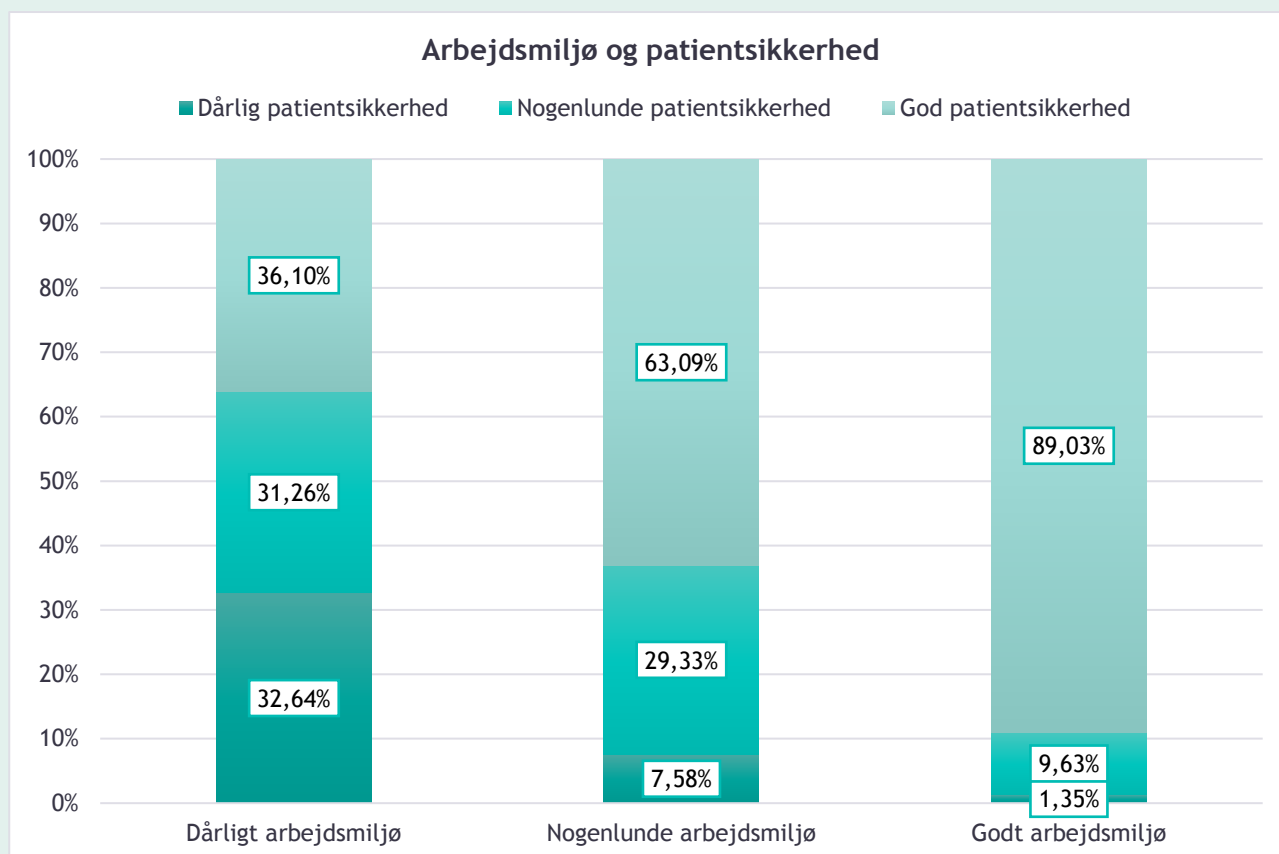


DIAGRAM 3

¹⁰ Samme kommentarer gør sig gældende som ved behandlingskvalitet. Se fodnote nr. 7 og 8 vedrørende behandlingskvalitet.

Overordnet set ligner svarfordelingen til forveksling billedet fra gennemgangen af arbejdsmiljø og behandlingskvalitet. Også derfor er det relevant at teste, om der er en direkte sammenhæng mellem begreberne.

I en krydstabulering af patientsikkerheden med vurderingen af det samlede arbejdsmiljø ses det tydeligt, at den yngre læges vurdering af det samlede arbejdsmiljø har betydning for bedømmelsen af patientsikkerheden. I figur 4 nedenfor ses dette illustreret.



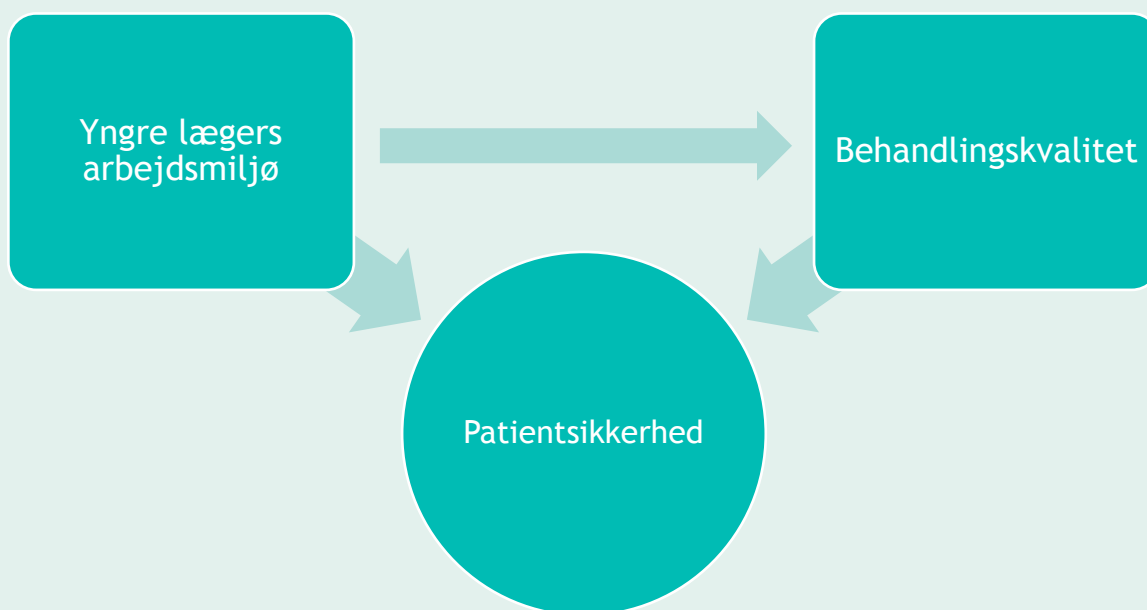
FIGUR 4

I figur 4 fremgår det, at for yngre læger med et godt arbejdsmiljø er andelen, som svarer, at patientsikkerheden er god, hele 89,03%. Kun 1,35% af yngre læger med godt arbejdsmiljø svarer, at patientsikkerheden på arbejdspladsen er dårlig. Omvendt er det kun lidt over en tredjedel af yngre læger, der svarer, at patientsikkerheden er god, hvis de samtidigt vurderer, at det samlede arbejdsmiljø er dårligt. For denne gruppe svarer næsten en tredjedel derimod, at patientsikkerheden er dårlig.

Ligesom med bedømmelsen af behandlingskvalitet er det altså ikke tilfældigt, at svarfordelingerne for henholdsvis arbejdsmiljø og patientsikkerhed ligner hinanden. Tværtimod er der også her en systematisk tendens til, at gode vurderinger af patientsikkerheden følger gode vurderinger af det samlede arbejdsmiljø. Ønskes en forbedring af patientsikkerheden, bliver det derfor svært at komme udenom arbejdsmiljøet.

Det er oplagt at overveje, hvorvidt sammenhængen mellem arbejdsmiljøet og patientsikkerheden består, når man tager højde for behandlingskvaliteten. Det er logisk, at disse to begreber er nærmere beslægtede med hinanden, og at behandlingskvaliteten vil have en direkte indvirkning på patientsikkerheden på den enkelte arbejdsplads.

Derfor foretages der en regression på forholdet mellem det samlede arbejdsmiljø og bedømmelsen af patientsikkerheden, hvor der samtidig kontrolleres for behandlingskvaliteten. Analysen viser, at der fortsat er en selvstændig, direkte og signifikant effekt af yngre lægers arbejdsmiljø på patientsikkerheden - selv når man tager højde for den effekt, behandlingskvaliteten har på patientsikkerheden. Sammenhængen mellem de tre faktorer kan illustreres således:



FIGUR 5

ARBEJDSMILJØETS BETYDNING FOR PATIENTERNE

Når resultatet findes, selv efter kontrol for behandlingskvalitet, må det vurderes at analysen og sammenhængen er robust. Der er altså særdeles god grund til at antage, at yngre lægers arbejdsmiljø har en selvstændig, direkte betydning for både patientsikkerhed og behandlingskvalitet. Hvis patientsikkerhed er slutmålet, og behandlingskvalitet er et vigtigt skridt på vejen derhen, så udgør konkrete forbedringer af arbejdsmiljøet for yngre læger startskuddet. Indeksens konstruktion - og dermed de enkelte indikatorer/spørgsmål - udgør en række værdifulde bud på, hvor arbejdsmiljøet helt konkret kan forbedres med henblik på at mindske stress, forbedre behandlingskvaliteten og øge patientsikkerheden.

3.5 ARBEJDSRELATERET STRESS

Ingen ønsker at blive påvirket af arbejdsrelateret stress i løbet af sit arbejdsliv. Udover de store konsekvenser for den enkelte, medfører stress hvert år store økonomiske omkostninger for samfundet i form af sygdommeldinger, nedsat arbejdsevne og produktivitet.

Alle respondenter har vurderet omfanget, hvormed de påvirkes af arbejdsrelateret stress i hverdagen. Resultatet af undersøgelsen er som følger:

Vurdering af arbejdsrelateret stress

"I hvilken grad vil du beskrive dig selv som påvirket af arbejdsrelateret stress i din dagligdag??"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,9

Median: 3,0

Standardafvigelse: 1,0

På en skala fra 1-5, hvor 1 er en meget høj grad af påvirkning af arbejdsrelateret stress, og 5 er en meget lav påvirkningsgrad, er gennemsnittet for yngre læger 2,9. Medianen er 3,0, og standardafvigelsen er 1,0. Gennemsnitligt set er yngre læger altså i nogen grad påvirkede af arbejdsrelateret stress i hverdagen.

Vender man blikket mod fordelingen af svarene, ser billedet således ud:

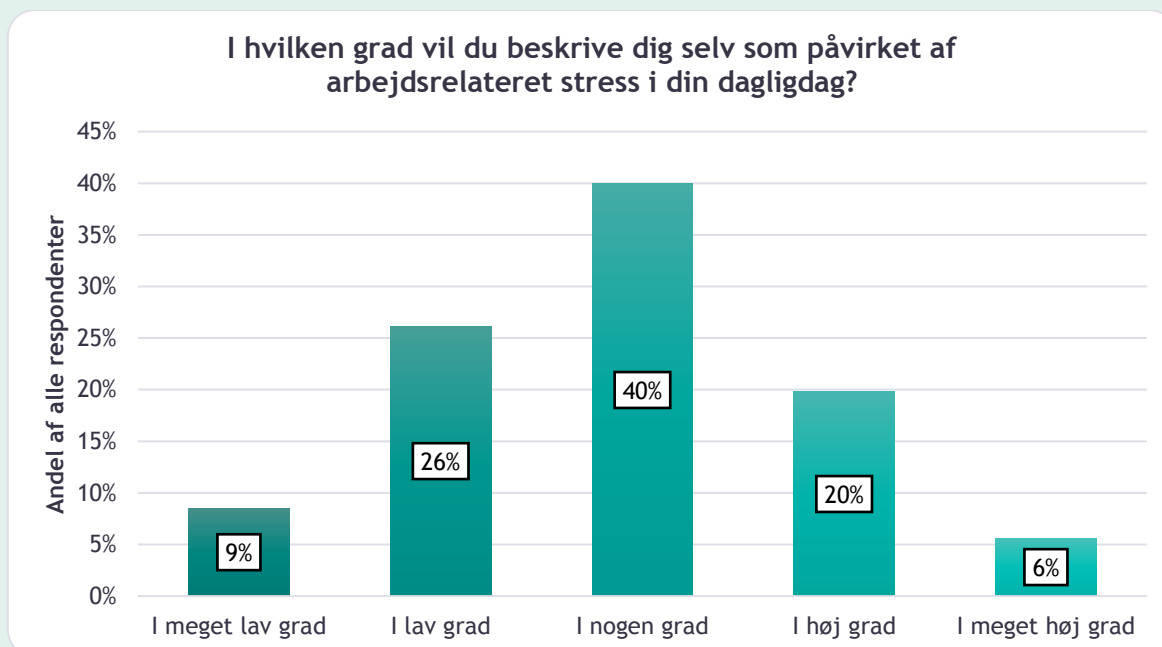
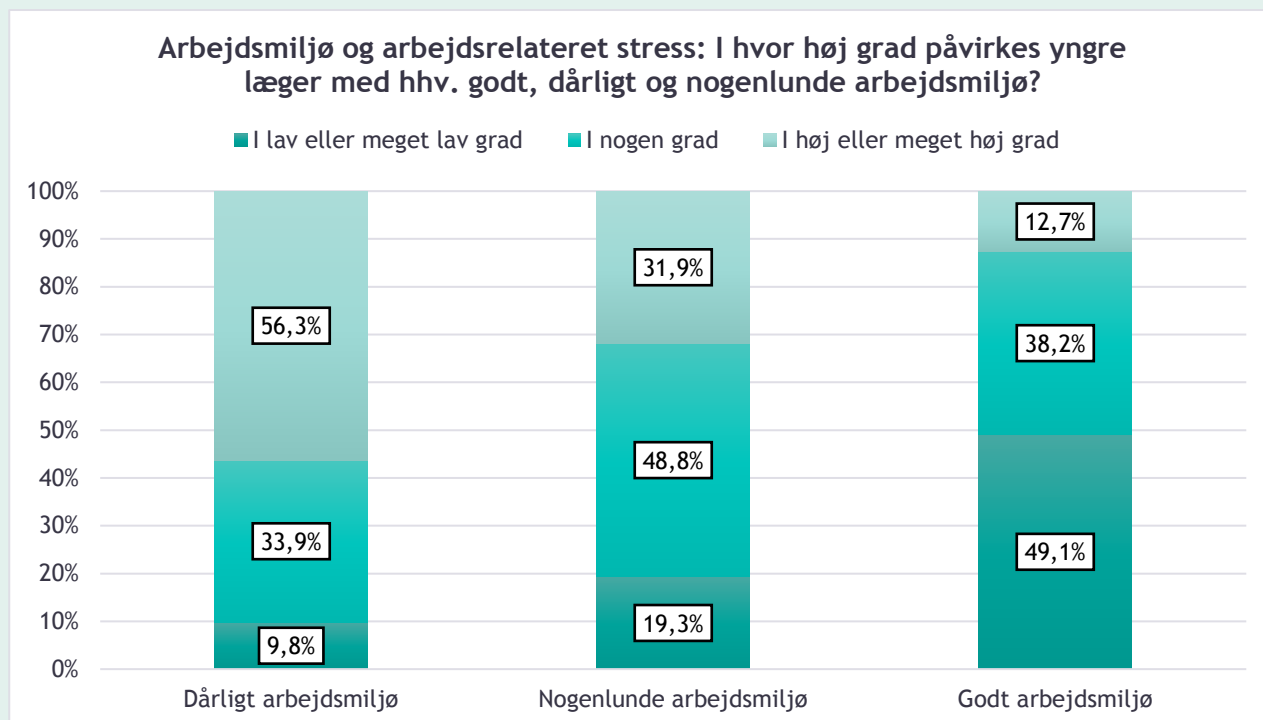


DIAGRAM 4

Mere end hver fjerde yngre læge (26%) er i høj eller meget høj grad påvirket af arbejdsrelateret stress. 40% af de adspurgte læger er i nogen grad påvirket. 35% er i lav eller meget lav grad påvirket af arbejdsrelateret stress.

I en krydstabulering mellem arbejdsrelateret stress og respondenternes vurdering af det samlede arbejdsmiljø ses det tydeligt, at den yngre læges vurdering af det samlede arbejdsmiljø har betydning for arbejdsrelateret stress. I figur 6 nedenfor ses dette.



FIGUR 6

ARBEJDSMILJØETS BETYDNING FOR ARBEJDSRELATERET STRESS

I figur 6 ses det, at kun 12,7% af de yngre læger, der svarer, at de har et godt arbejdsmiljø, oplever arbejdsrelateret stress i høj eller meget høj grad. Tilsvarende er det over halvdelen af de yngre læger med et dårligt arbejdsmiljø, som i høj eller meget høj grad oplever arbejdsrelateret stress. For denne gruppe er det lige under hver tiende, der svarer, at de i lav eller meget lav grad oplever arbejdsrelateret stress. Godt hver anden yngre læge med et godt arbejdsmiljø svarer, at de i lav eller meget lav grad oplever arbejdsrelateret stress.

Figuren viser tydeligt, at der er problemer med arbejdsrelateret stress over hele linjen - også selv for de yngre læger, der generelt set oplever et godt arbejdsmiljø. Dette kan blandt andet indikere, at problemerne med travlhed, forstået som et skævt forhold mellem tilgængelige ressourcer på den ene side og den forventede - og nødvendige - opgaveløsning på den anden side - kan spille en mere direkte og negativ rolle. Også selvom øvrige arbejdsmiljøforhold er gode.

4. TRAVLHED

Travlhed er det første indeksmål, der præsenteres i denne rapport. Indekset består af syv unikke indikatorer/spørgsmål, der hver især antages at måle væsentlige aspekter og manifestationer af travlhed blandt yngre læger.

Overordnet set viser undersøgelsen, at [yngre læger har travlt - og mange yngre læger har meget travlt](#). [Arbejdstempoet er generelt højt](#), og rigtig mange yngre læger oplever, at det både er nødvendigt at [springe pauser over og påtage sig overarbejde](#) for at nå alle arbejdsopgaverne. En del yngre læger oplever ligeledes, at [bemandingen på deres arbejdsplads er utilstrækkelig](#) i forhold til mængden og typen af arbejdsopgaver. Måske af denne årsag - og måske som konsekvens af u hensigtsmæssige opgaveglidninger - oplever mange også, at de løser opgaver, der [egentligt burde løses af andre faggrupper](#). Sammenkoblet med de resultater, der viser, at [problemer med IT-systemer](#) mange steder tager værdifuld tid fra andre arbejdsopgaver, tegner analysen et billede af, at kilderne til travlhed er mange. Analysen peger på et betydeligt forbedringspotentiale på tværs af travlhedsindikatorerne med en række umiddelbare gevinster for både læger og patienter ved målrettede forbedringsindsatser.

Ved læsning af nedenstående resultater bør man huske på særligt to ting fra de forudgående afsnit. For det første er travlhedsindekset den samling indikatorer, der har den isoleret set største indvirkning på [arbejdsrelateret stress](#). For det andet påvirker travlheden [den samlede vurdering af arbejdsmiljøet](#) og dermed [behandlingskvaliteten](#) og [patientsikkerheden](#) i det danske sundhedsvæsen.

I den statistiske analyse af resultaterne er alle indikatorer/udsagn kodet således, at en højere værdi altid repræsenterer en bedre/mere ideel situation, selvom udsagnet er af negativ karakter. "Ved ikke"-besvarelser er udeladt fra beregningerne af både gennemsnit, median og standardafvigelse, ligesom de heller ikke indgår i beregningsgrundlaget for det samlede indeksmål.

Bemærk at skalaen for vurderingen er 1-5. Ved stikprøvemål, der er normalfordelt omkring skalaens midterkategori, vil medianværdien derfor være 3. I enkelte tilfælde betyder en betydelig skævhed (kurtosis) imidlertid, at medianværdien forskubbes til enten 2 eller 4 på skalaen. Derfor rapporteres medianværdien i samtlige tilfælde - det samme gør standardafvigelsen. Denne er et udtryk for variationen omkring middelværdien - altså hvor meget varierer observationerne gennemsnitligt fra variabelens/indikatorens gennemsnit.



4.1 TID OG TEMPO

Den første gruppe af indikatorer vedrørende travlhed handler om den tid, man som yngre læge har til at løse sine arbejdsopgaver, og det arbejdstempo, hvormed man løser sine opgaver.

Det første udsagn, respondenterne har taget stilling til, omhandler graden, hvormed de har den fornødne tid til at løse arbejdsopgaverne:

Tid til arbejdsopgaver

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg har den fornødne tid til mine arbejdsopgaver"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,7

Median: 3,0

Standardafvigelse: 1,0

Gennemsnittet er 2,7 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt blot i lav til nogen grad har den fornødne tid til at løse deres arbejdsopgaver. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

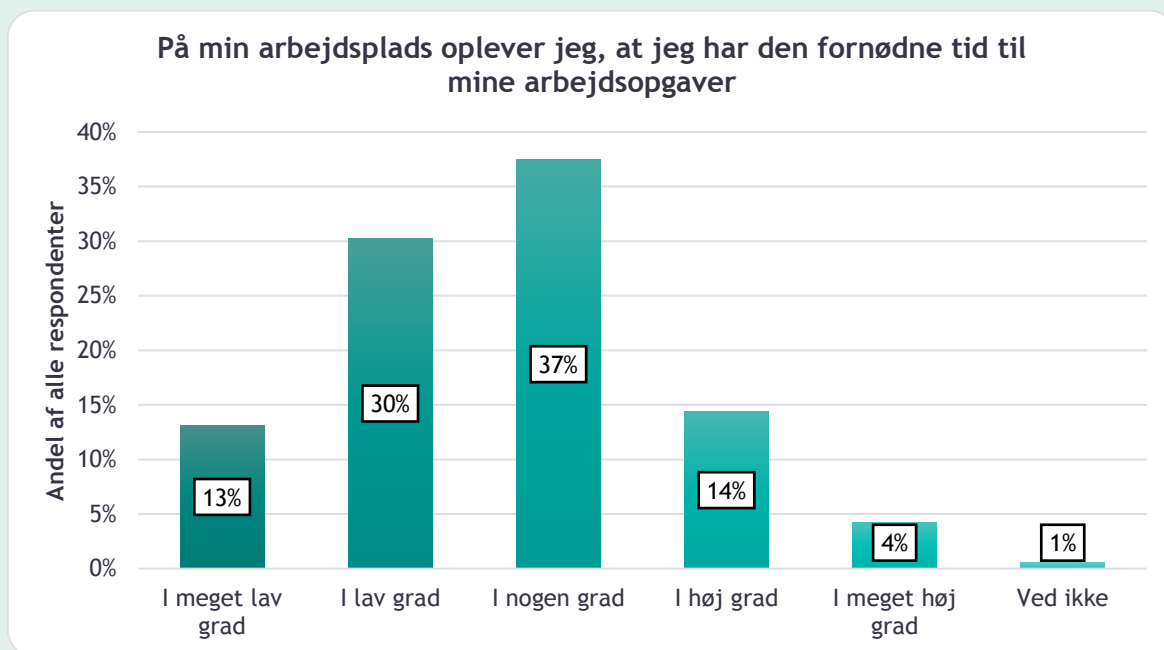


DIAGRAM 5

Godt og vel hver ottende yngre læge (13%) i Danmark har i meget lav grad den fornødne tid til at løse sine arbejdsopgaver. Næsten hver tredje (30%) har kun i lav grad den fornødne tid, mens 37% i nogen grad har den fornødne tid til at løse sine arbejdsopgaver. 18% - dvs. mindre end hver femte yngre læge i Danmark - oplever i høj eller meget høj grad at have den fornødne tid.

Den næste indikator vedrører arbejdstempo. Her vurderer respondenterne, hvorvidt de oplever arbejdstempoet på arbejdspladsen som værende for højt:

Arbejdstempo

"På min arbejdsplads oplever jeg, at mit arbejdstempo er for højt"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,6

Median: 3,0

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 2,6 på skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt i høj til nogen grad oplever, at deres arbejdstempo er for højt. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

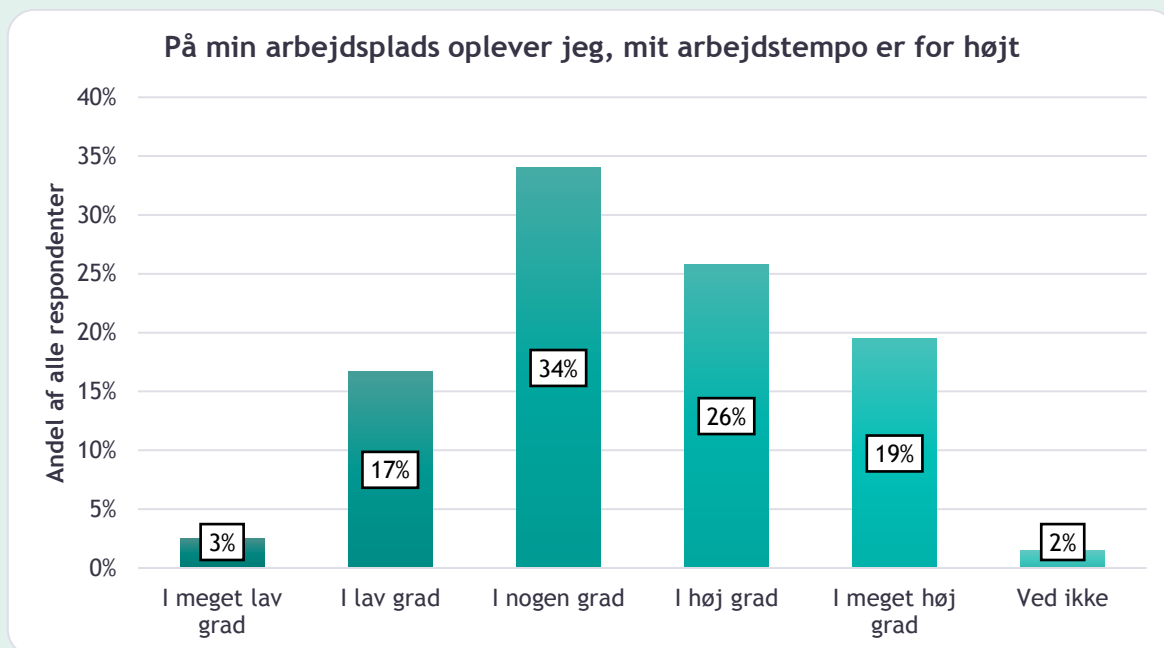


DIAGRAM 6

19% - eller næsten hver femte yngre læge i Danmark - oplever i meget høj grad, at deres arbejdstempo er for højt. Mere end hver fjerde (26%) oplever i høj grad, at arbejdstempoet er for højt. Godt og vel hver tredje (34%) oplever i nogen grad, at dette er tilfældet, mens hver femte (20%) oplever, at de i kun i lav eller meget lav grad har et for højt arbejdstempo. I denne sidste gruppe udgør "i meget lav grad"-besvarelsener kun tre procentpoint af det samlede resultat.

4.2 PAUSER OG OVERARBEJDE

De næste indikatorer vedrører afholdelsen af pauser og nødvendigheden af overarbejde.

Den første indikator omhandler behovet for at skære ned på pauserne for at nå arbejdsopgaverne:

Afholdelse af pauser

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg skærer ned på mine pauser for at nå arbejdsopgaverne"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,2

Median: 2,0

Standardafvigelse: 1,2

Gennemsnittet er 2,2 på skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 2. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt i høj grad oplever, at de skærer ned på pauserne for at nå arbejdsopgaverne. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

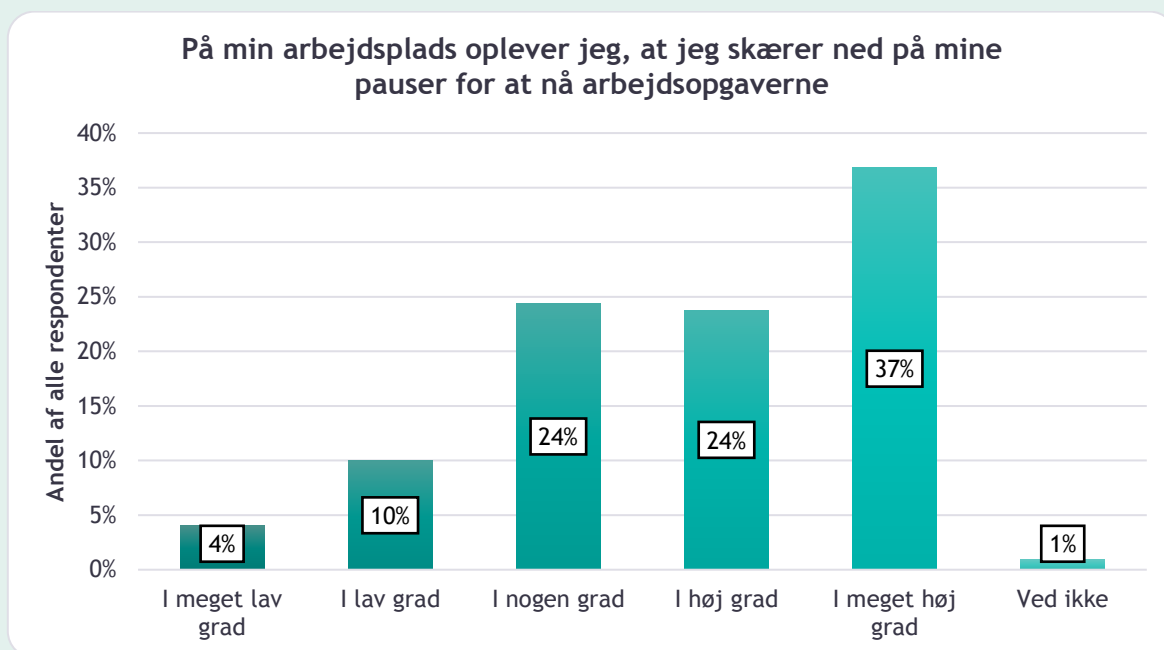


DIAGRAM 7

37% af yngre læger i Danmark oplever, at de i meget høj grad må skære ned på pauserne for at nå arbejdsopgaverne. Næsten hver fjerde (24%) oplever, at de i høj grad må skære ned på pauserne. Samme tal gør sig gældende for de yngre læger, der oplever, at de i nogen grad må skære ned på pauserne. Hver tiende yngre læge angiver, at vedkommende i lav grad oplever at skære ned på pauserne for at nå arbejdsopgaverne, mens 4% i meget lav grad oplever dette.

Den næste indikator vedrører nødvendigheden af overarbejde for at indfri forventningerne til opgaveløsningen:

Nødvendigheden af overarbejde

"På min arbejdsplads oplever jeg, at det er nødvendigt at arbejde over for at indfri forventningerne til min opgaveløsning"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,8

Median: 3

Standardafvigelse: 1,2

Gennemsnittet er 2,8 på skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger i nogen grad oplever, at det er nødvendigt at arbejde over for at indfri forventningerne til deres opgaveløsning. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

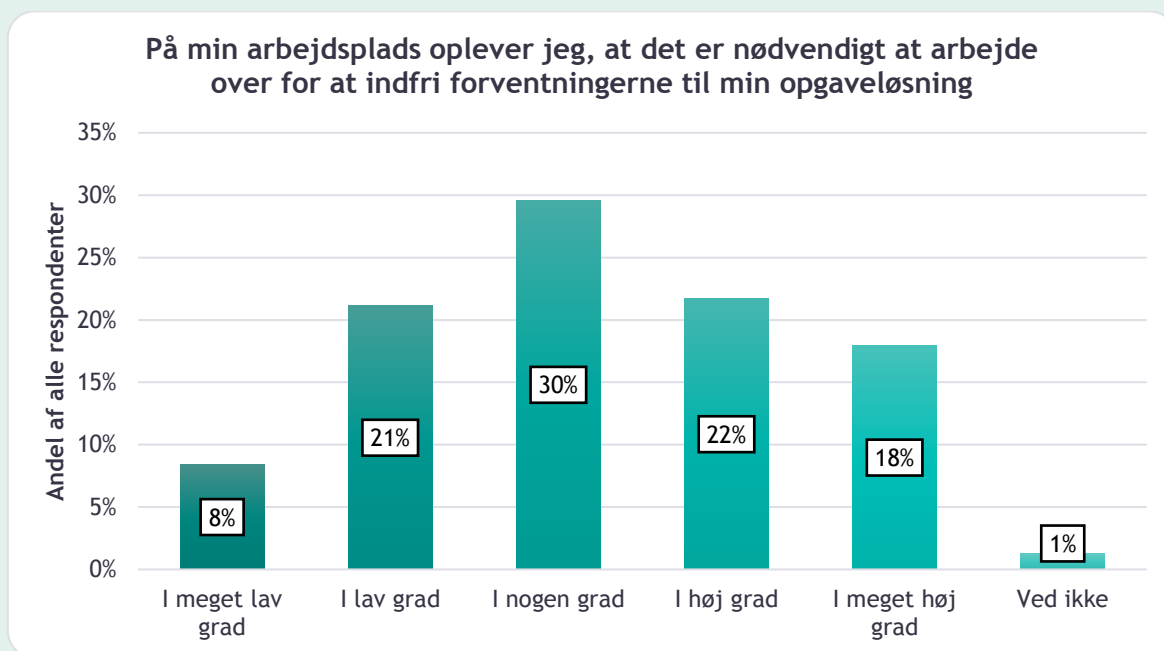


DIAGRAM 8

18% af respondenterne oplever, at det i meget høj grad er nødvendigt at arbejde over for at indfri forventningerne til deres opgaveløsning. Mere end hver femte (22%) oplever, at det i høj grad er nødvendigt at arbejde over for at indfri forventninger. Næsten hver tredje (30%) oplever i nogen grad, at dette er tilfældet. 21% oplever, at det kun i lav grad er nødvendigt at arbejde over, mens 8% oplever dette i meget lav grad.

4.3 BEMANDING OG OPGAVEGLIDNING

Den næste gruppe af indikatorer undersøger problemer med bemandingen og IT-systemer som en kilde til travlhed blandt yngre læger.

Første spørgsmål omhandler, hvorvidt bemanningen på arbejdspladsen svarer til antallet og typen af arbejdsopgaver:

Bemanding

"På min arbejdsplads oplever jeg, at bemanningen passer til antallet og typen af arbejdsopgaver"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,6

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 2,6 på skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt kun i lav til nogen grad oplever, at bemanningen på arbejdspladsen passer til antallet og typen af arbejdsopgaver. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

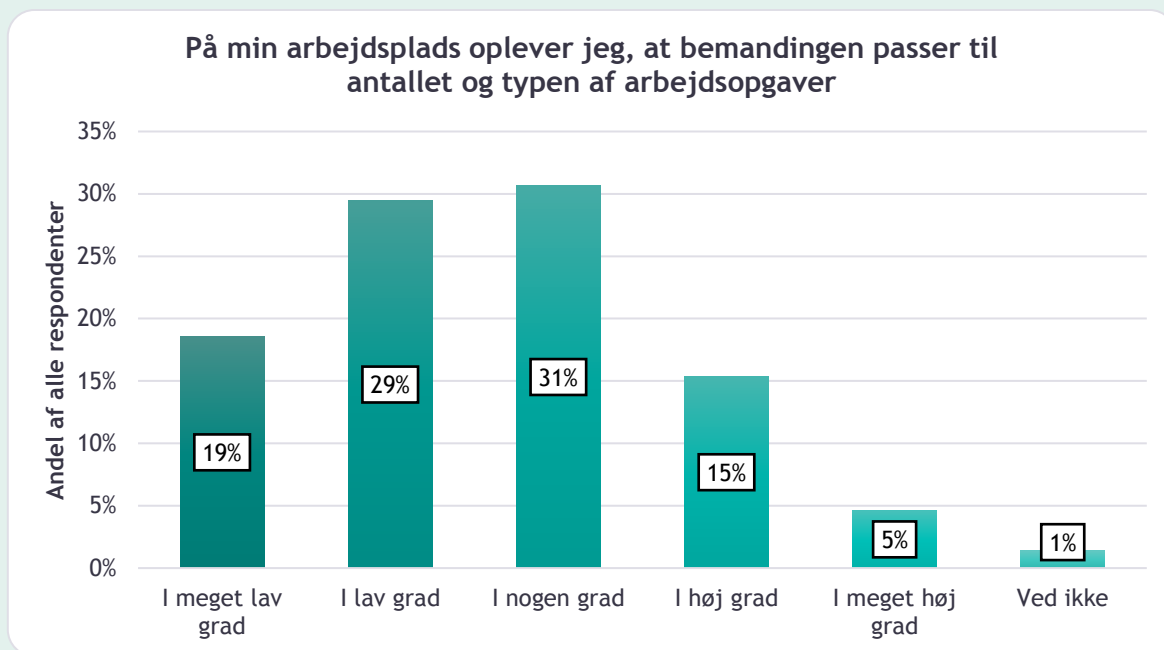


DIAGRAM 9

Næsten halvdelen af alle adspurgte yngre læger (48%) oplever i lav eller meget lav grad, at bemanningen på deres arbejdsplads passer til antallet og typen af arbejdsopgaver. Næsten hver tredje (31%) oplever, at

bemandingen i nogen grad passer. Kun hver femte yngre læge (20%) oplever, at bemandingen i høj eller meget høj grad svarer til antallet og typen af arbejdsopgaver.

Den næste indikator vedrører opgaveglidning mellem faggrupper:

Opgaveglidning

"På min arbejdsplads oplever jeg at udføre arbejdsopgaver, der burde varetages af andre faggrupper"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,9

Median: 3

Standardafvigelse: 1,2

Gennemsnittet er 2,9 på skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt i nogen grad oplever, at de udfører arbejdsopgaver, der burde varetages af andre faggrupper. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

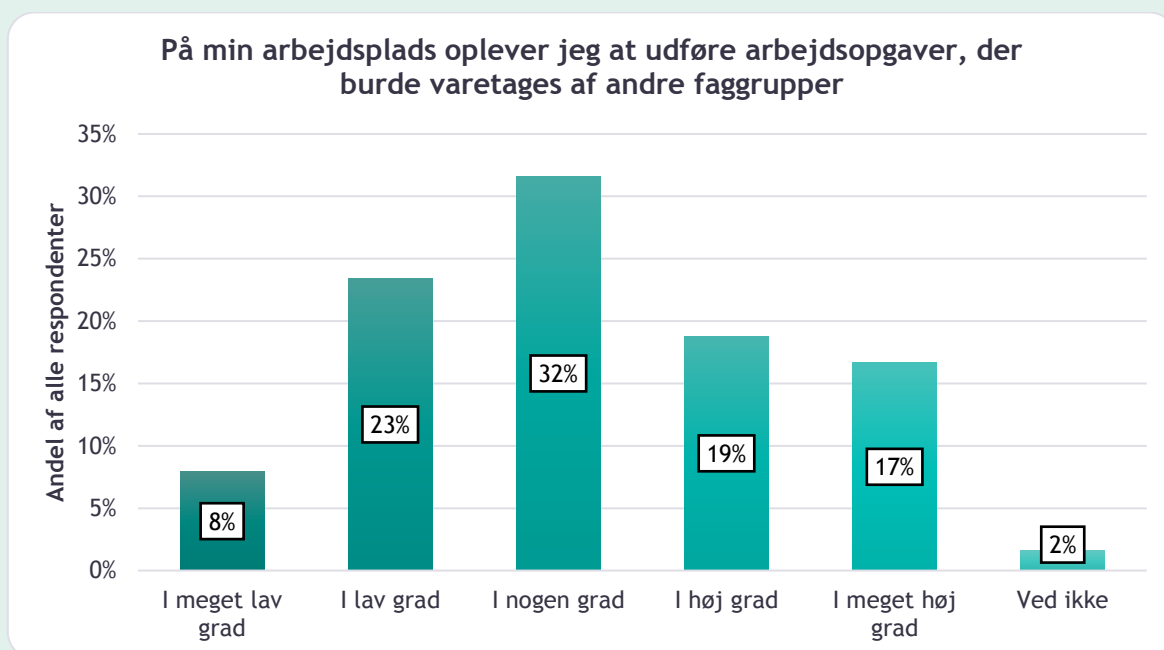


DIAGRAM 10

Godt og vel hver sjette (17%) oplever, at de i meget høj grad udfører arbejdsopgaver, der burde varetages af andre faggrupper. Næsten hver femte (19%) oplever, at dette i høj grad er tilfældet. Cirka hver tredje (32%) oplever i nogen grad at varetage andre faggruppers opgaver. 23% oplever i lav grad at udføre sådanne arbejdsopgaver, mens 8% kun i meget lav grad oplever at udføre arbejdsopgaver, der burde varetages af andre faggrupper.

4.4 IT

Det sidste punkt vedrører problemer med IT-systemer og hvordan disse problemer har konsekvens for løsningen af de øvrige arbejdsopgaver:

IT-systemer

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg har svært ved at nå mine arbejdsopgaver på grund af problemer med IT-systemer"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,0

Median: 3

Standardafvigelse: 1,2

Gennemsnittet er 3,0 på skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt i nogen grad oplever, at problemer med IT-systemer går ud over deres evne til at nå arbejdsopgaverne. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

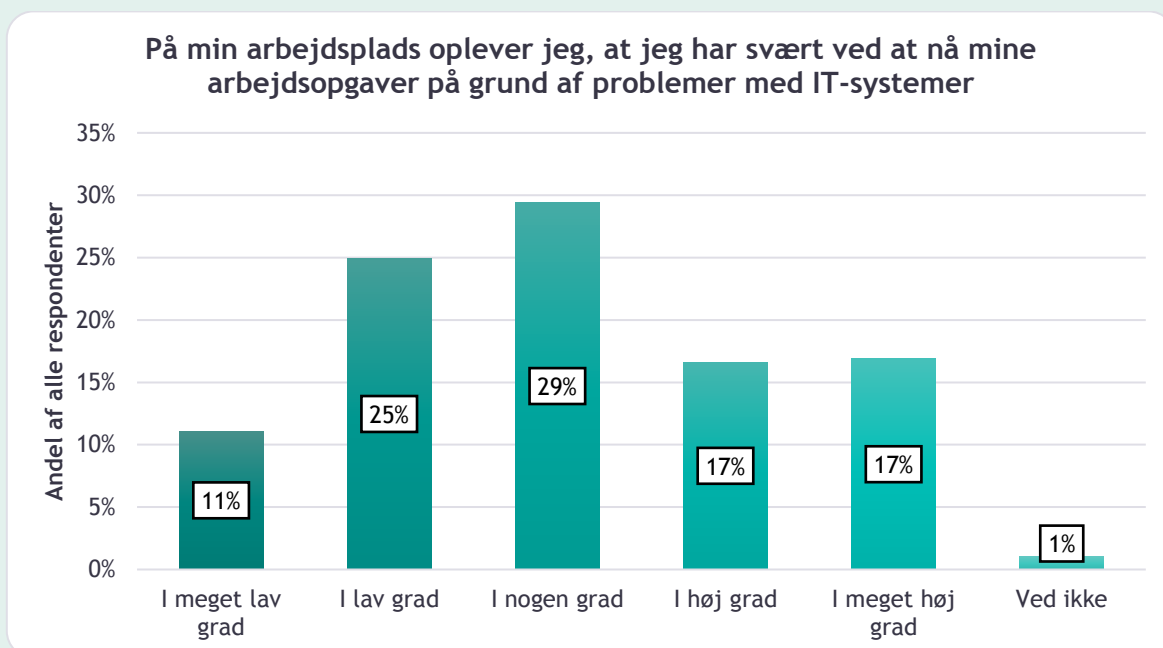


DIAGRAM 11

Mere end hver tredje yngre læge (34%) oplever, at problemer med IT-systemer i høj eller meget høj grad gør, at de har svært ved at nå arbejdsopgaverne. 29% oplever i nogen grad, at dette er tilfældet. Hver fjerde (25%) oplever i lav grad, at dette er tilfældet, mens 11% af danske yngre læger i meget lav grad oplever, at problemer med IT-systemer går ud over løsningen af arbejdsopgaverne.

5. SUPERVISION & LEDELSE

Supervision & ledelse er det andet indeksmål i undersøgelsen. Indekset består af ni unikke indikatorer/spørgsmål, der hver især måler væsentlige aspekter ved supervision og ledelse for yngre læger. Supervision og ledelse antages at være to nært beslægtede begreber, da supervisionens karakter og kvalitet for læger under uddannelse typisk er et spørgsmål om ledelsens tilrettelæggelse og prioritering heraf. Den faglige udvikling er også betinget af, at ledelsen fordeler fagligt udviklende opgaver til læger under uddannelse, så disse ikke blot løser rutineopgaver uden fagligt udviklingspotentiale. Tidligere undersøgelser¹¹ har dokumenteret denne sammenhæng, hvorfor den også antages at være gyldig i denne undersøgelse.

Overordnet set viser undersøgelsen heldigvis, at [yngre læger får tildelt fagligt udviklende opgaver](#), og at der er [tydelige forventninger](#) til dem. De [nærmeste ledelser](#) prioriterer i et vist omfang supervisionen og uddannelsen af yngre læger, mens det samme i - relativt set - mindre grad gør sig gældende for de [øverste ledelseslag](#). Mange yngre læger oplever dog også, at [supervision ikke indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen](#), og at [feedback på deres arbejde](#) ikke altid er lige konstruktiv. Der er derudover et forbedringspotentiale at spore i graden, hvormed [supervisionen udvikler lægerne fagligt](#), ligesom at der ikke altid er mulighed for at få støtte til at [håndtere følelsesmæssigt belastende situationer](#). Slutteligt påpeger analysen også, at en væsentlig del af yngre [læger ikke får tilstrækkelig oplæring og introduktion til nye arbejdsopgaver](#).

Indikatorerne påvirker hinanden¹², og undersøgelsen peger derfor på en række forhold, der med fordel kan forbedres. Ved nationale mål som disse er det dog værd at huske på, at det vil variere fra arbejdsplads til arbejdsplads, hvor og hvordan de enkelte forhold forbedres.

Ved læsning af nedenstående resultater bør man huske på, at [supervision og ledelse isoleret set har den stærkeste effekt på den samlede vurdering af arbejdsmiljøet](#) - og dermed indirekte behandlingskvaliteten og patientsikkerheden i det danske sundhedsvæsen. Dette indeks peger i særdeleshed også på fremtiden for det danske sundhedsvæsen, idet uddannelsen af fremtidens speciallæger også vil påvirke patienterne og behandlingen i fremtiden. Derfor vil en forbedring på de nedenstående indikatorforhold også med stor sandsynlighed give anledning til gevinster på længere sigt.

I den statistiske analyse af resultaterne er alle indikatorer/udsagn kodet således, at en højere værdi altid repræsenterer en bedre/mere ideel situation, selvom udsagnet er af negativ karakter. "Ved ikke"-besvarelser er udeladt fra beregningerne af både gennemsnit, median og standardafvigelse, ligesom de heller ikke indgår i beregningsgrundlaget for det samlede indeksmål.

Bemærk at skalaen for vurderingen er 1-5. Ved stikprøvemål, der er normalfordelt omkring skalaens midterkategori, vil medianværdien derfor være 3. I enkelte tilfælde betyder en betydelig skævhed (kurtosis)

¹¹ [Yngre Læger \(2018\). Fremtidens Psykiatere?](#)

¹² Se appendiks vedrørende [item-item-analyser for indeks](#).

imidlertid, at medianværdien forskubbes til enten 2 eller 4 på skalaen. Derfor rapporteres medianværdien i samtlige tilfælde - det samme gør standardafvigelsen. Denne er et udtryk for variationen omkring middelværdien - altså hvor meget varierer observationerne gennemsnitligt fra variabelens/indikatorens gennemsnit.

5.1 SUPERVISIONENS KARAKTER

De første indikatorer vedrører supervisionens karakter.

Første udsagn, respondenterne har taget stilling til, handler om, hvorvidt supervisionen foregår på en fagligt udviklende måde.

Fagligt udviklende supervision

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg bliver superviseret på en måde, der udvikler mig fagligt"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,2

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,2 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt i nogen til i høj grad oplever at blive superviseret på en måde, der udvikler dem fagligt. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

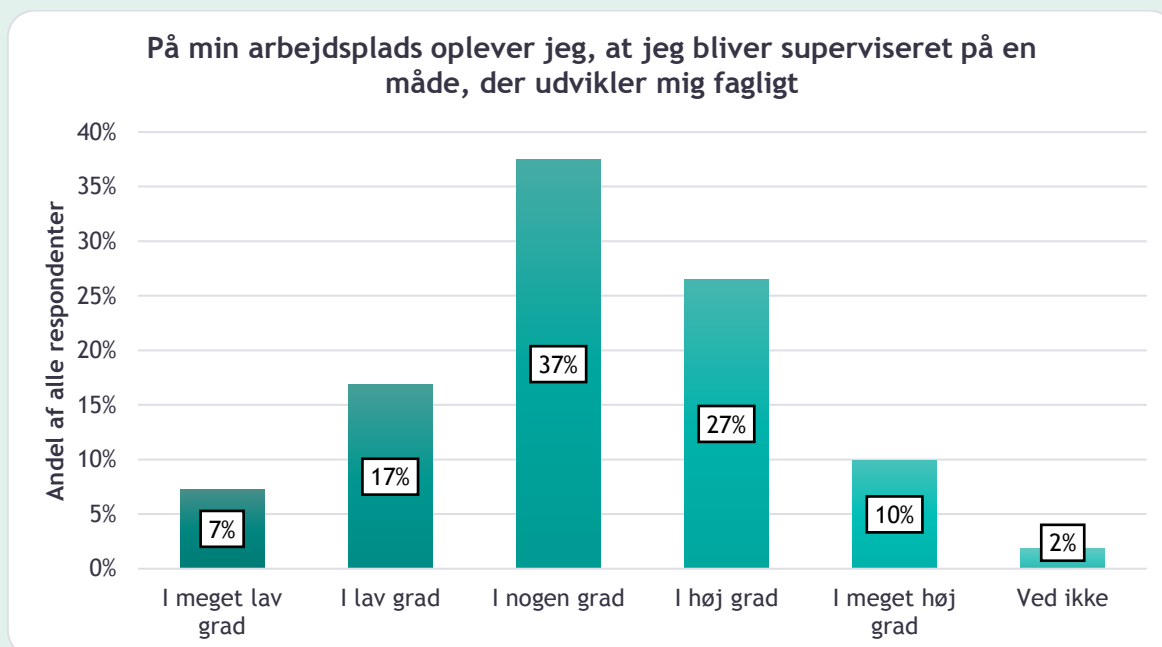


DIAGRAM 12

Omtrent hver fjerde yngre læge (24%) oplever, at de i lav eller meget lav grad bliver superviseret på en måde, der udvikler dem fagligt. 37% oplever, at de i nogen grad bliver superviseret på denne måde. 27% oplever, at de i høj grad bliver superviseret på en fagligt udviklende måde, mens hver tiende (10%) oplever, at dette i meget høj grad er tilfældet.

Det næste forhold vedrører omfanget, hvormed supervision indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen:

Fast tilrettelagt supervision

Skala: 1-5

"På min arbejdsplads oplever jeg, at supervision indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen"

Gennemsnit: 3,0

Median: 3

Standardafvigelse: 1,3

Gennemsnittet er 3,0 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at supervision i nogen grad indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

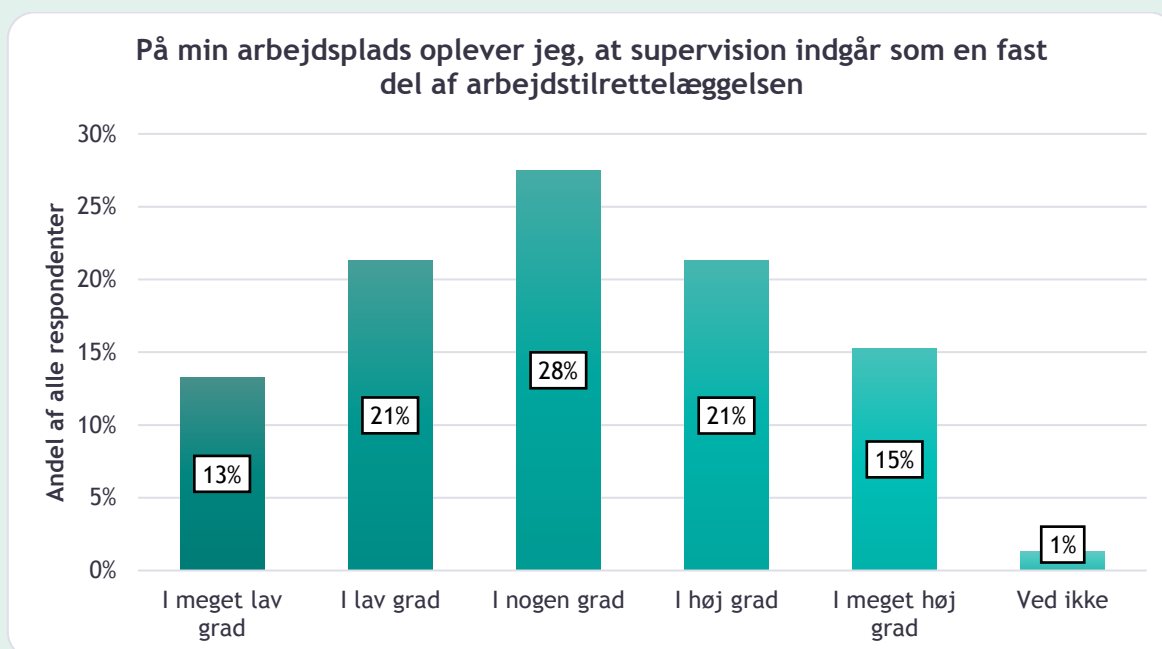


DIAGRAM 13

Mere end hver tredje (34%) yngre læge oplever, at supervision kun i lav eller meget lav grad indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen. 28% oplever, at supervisionen i nogen grad indgår som en fast del, mens 36% i høj eller meget grad oplever, at supervisionen indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen.

5.2 LEDELSENS PRIORITERING AF SUPERVISION

De næste forhold vedrører ledelsesdimensionen af uddannelses- og supervisionsbegrebet. Det drejer sig mere specifikt om den ledelsesmæssige prioritering af supervisionen af yngre læger.

Den første indikator sætter fokus på den nærmeste ledelses rolle:

Den nærmeste ledelses prioritering af supervision

"På min arbejdsplads oplever jeg, at min nærmeste leder(e) prioriterer supervision af yngre læger"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,4

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,4 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt i nogen til høj grad oplever, at den nærmeste ledelse prioriterer supervision af yngre læger. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

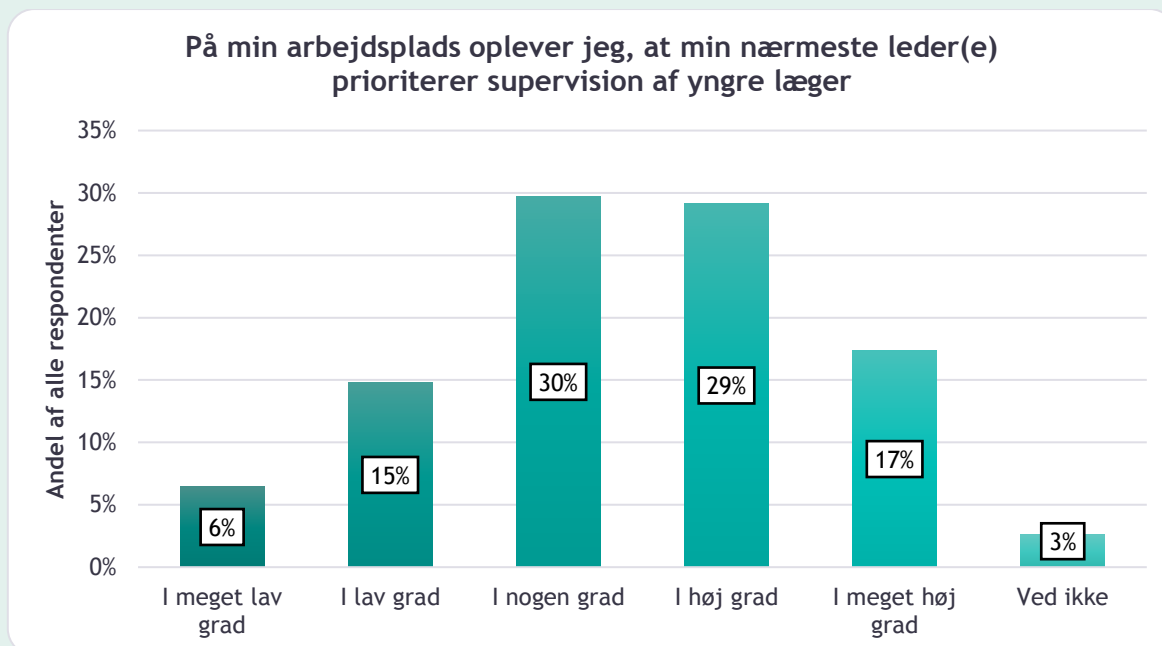
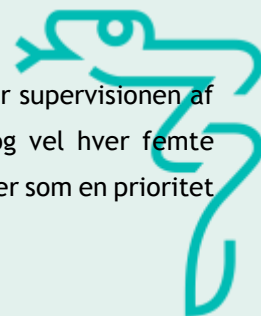


DIAGRAM 14

Mere end hver sjette (17%) oplever i meget høj grad, at deres nærmeste leder prioriterer supervisionen af yngre læger. 29% oplever det i høj grad. 30% oplever det i nogen grad, mens godt og vel hver femte respondent angiver, at de kun i lav eller meget lav grad oplever supervisionen af yngre læger som en prioritet hos deres nærmeste leder (21%).



Vi ved fra tidligere undersøgelser¹³, at der kan være forskel på prioriteringerne i henholdsvis de nærmeste og øverste ledelseslag. Derfor kigger undersøgelsen nærmere på oplevelsen af, hvorvidt de øverste ledelseslag prioriterer supervision:

Den øverste ledelses prioritering af supervision

"På min arbejdsplads oplever jeg, at den øverste ledelse prioriterer supervision af yngre læger"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,2

Median: 3

Standardafvigelse: 1,2

Gennemsnittet er 3,2 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt i nogen grad oplever, at den nærmeste ledelse prioriterer supervision af yngre læger. Gennemsnittet er signifikant lavere end for den nærmeste ledelse.¹⁴ Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

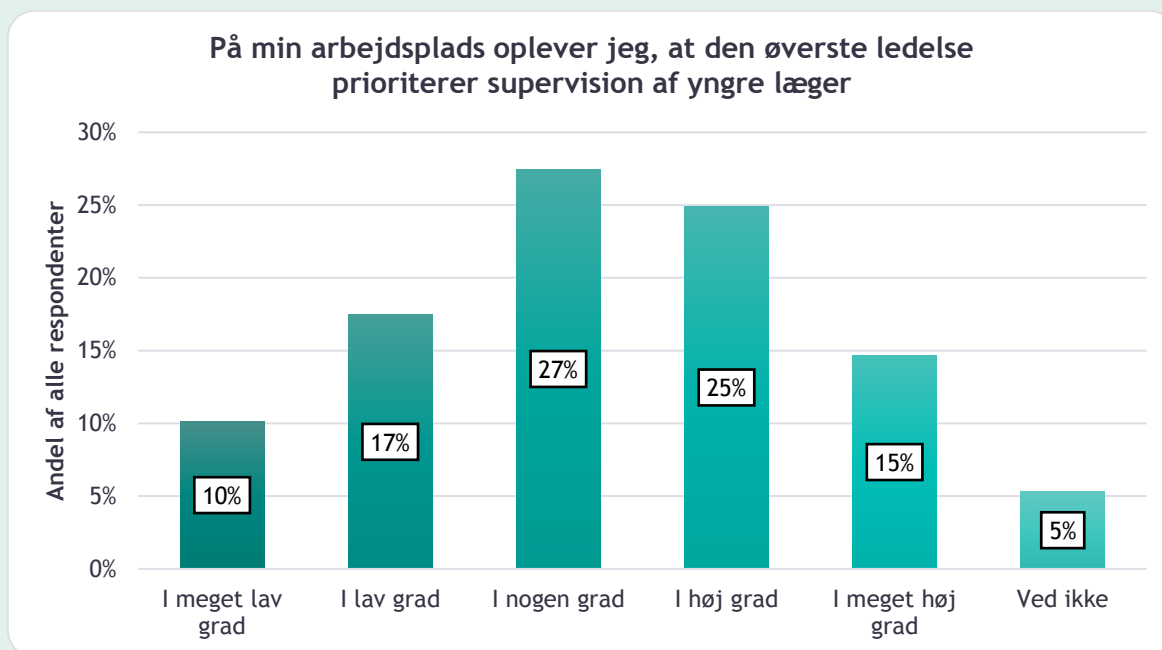


DIAGRAM 15

15% oplever, at den øverste ledelse i meget høj grad prioriterer supervisionen af yngre læger. Hver fjerde oplever i høj grad, at supervision er en prioritet hos den øverste ledelse. 27% oplever i nogen grad, at dette

¹³ Yngre Læger (2018). *Fremtidens Psykiatere?*.

¹⁴ $p < 0,001$ ved t-test imod nulhypotesen, at der ikke er signifikant forskel på de to gennemsnit.

er tilfældet. Mere end hver fjerde yngre læge oplever derimod i lav eller meget lav grad, at deres øverste ledelse prioriterer supervision af yngre læger.

5.3 ARBEJDSOPGAVER OG OPLÆRING

De næste indikatorer vedrører arbejdsopgavernes karakter og oplæringen i nye arbejdsopgaver.

Den første indikator handler om opgavernes faglige udviklingspotentiale:

Opgavernes faglige udviklingspotentiale

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg får tildelt fagligt udviklende opgaver"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,7

Median: 4

Standardafvigelse: 0,9

Gennemsnittet er 3,7 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 4. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de i høj til nogen grad får tildelt fagligt udviklende opgaver. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

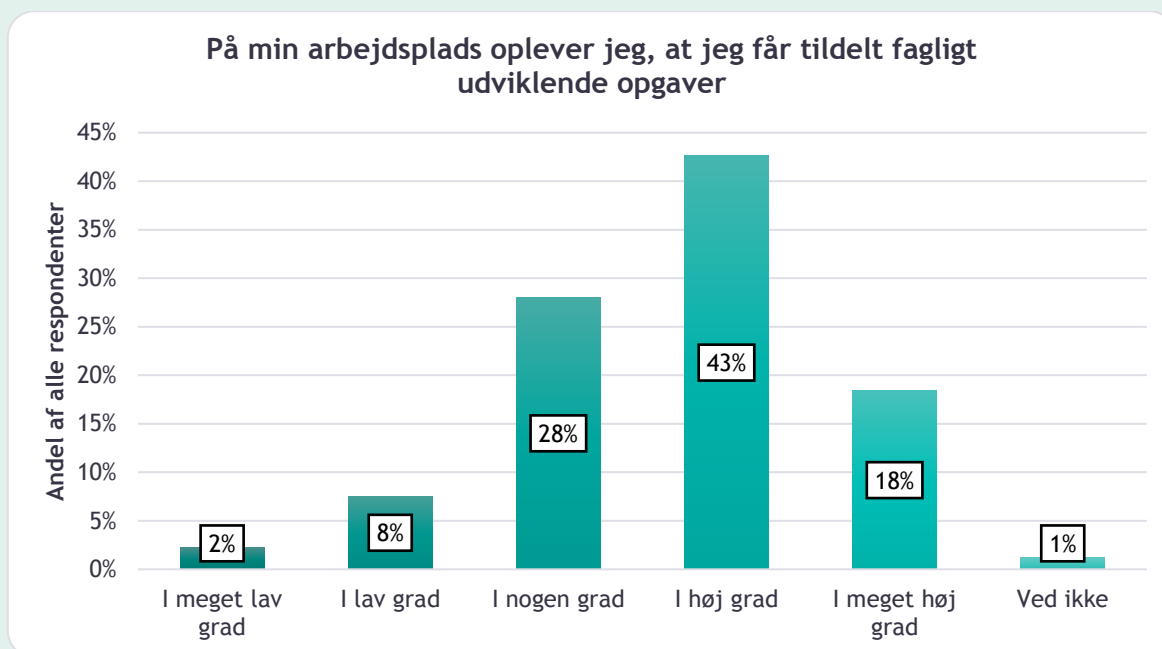


DIAGRAM 16

Næsten hver femte (18%) yngre læge i Danmark oplever i meget høj grad, at vedkommende får tildelt fagligt udviklende opgaver. 43% oplever, at dette i høj grad er tilfældet. 28% oplever i nogen grad, at de får tildelt fagligt udviklende opgaver. Hver tiende (10%) respondent oplever imidlertid, at vedkommende kun i lav eller meget lav grad får tildelt fagligt udviklende opgaver.

Hvad angår oplæringen i nye opgaver er billedet ikke helt så positivt:

Oplæring i nye opgaver

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg får den fornødne oplæring og vejledning i nye arbejdsopgaver"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,1

Median: 3

Standardafvigelse: 1,0

Gennemsnittet er 3,1 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de blot i nogen grad får den fornødne oplæring og vejledning i nye arbejdsopgaver. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

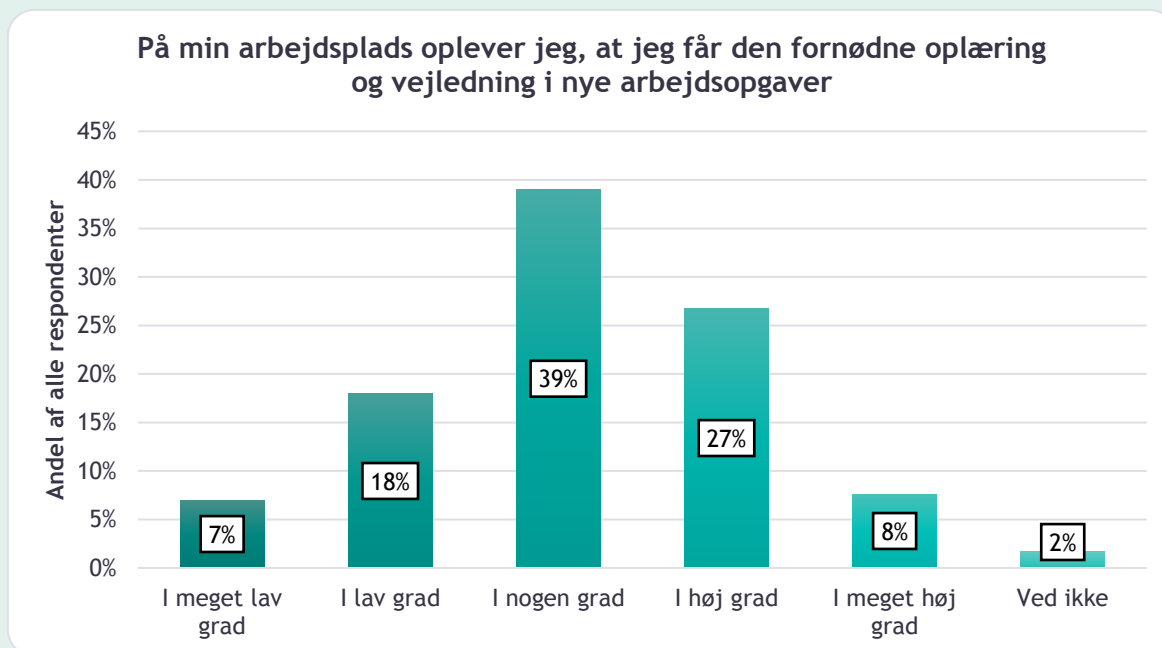


DIAGRAM 17

Hver fjerde yngre læge i Danmark oplever kun i lav eller meget lav grad at få den fornødne oplæring og vejledning i nye arbejdsopgaver. 39% oplever i nogen grad at få den fornødne oplæring, mens 27% oplever, at de i høj grad får den fornødne oplæring og vejledning. Mindre end hver tiende (8%) oplever i meget høj grad at få den fornødne oplæring og vejledning i nye arbejdsopgaver.

5.4 FEEDBACK OG FORVENTNINGER

De næste indikatorer omhandler forventninger og feedback.

Tydelige forventninger

"På min arbejdsplads oplever jeg, at det er tydeligt, hvad der forventes af mig"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,4

Median: 3

Standardafvigelse: 0,9

Gennemsnittet er 3,4 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set i nogen til høj grad oplever forventningerne til dem som tydelige. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

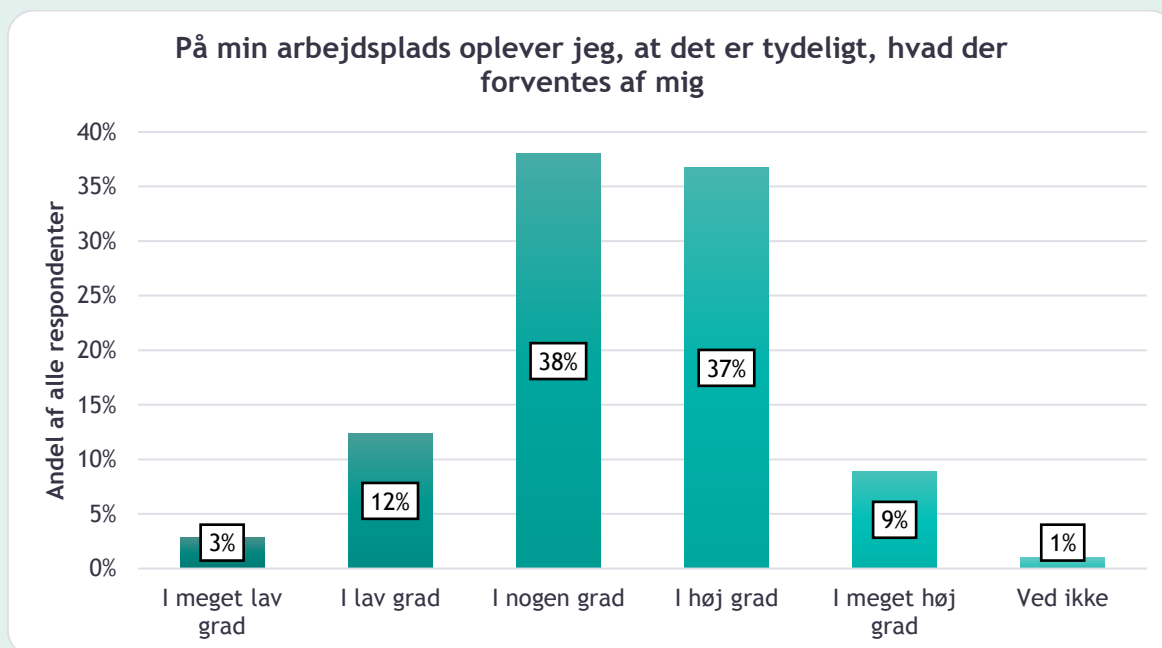
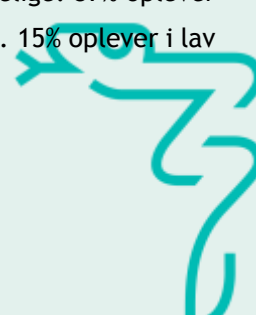


DIAGRAM 18

Kun omtrent hver tiende (9%) oplever i meget høj grad, at forventningerne til dem er tydelige. 37% oplever i høj grad forventningerne som tydelige, mens 38% i nogen grad oplever dem som tydelige. 15% oplever i lav eller meget lav grad forventningerne som tydelige.



Den næste indikator måler, hvorvidt man får konstruktiv feedback på sit udførte arbejde:

Feedback

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg får konstruktiv feedback på mit udførte arbejde"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,9

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 2,9 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de i nogen grad får konstruktiv feedback på deres udførte arbejde. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

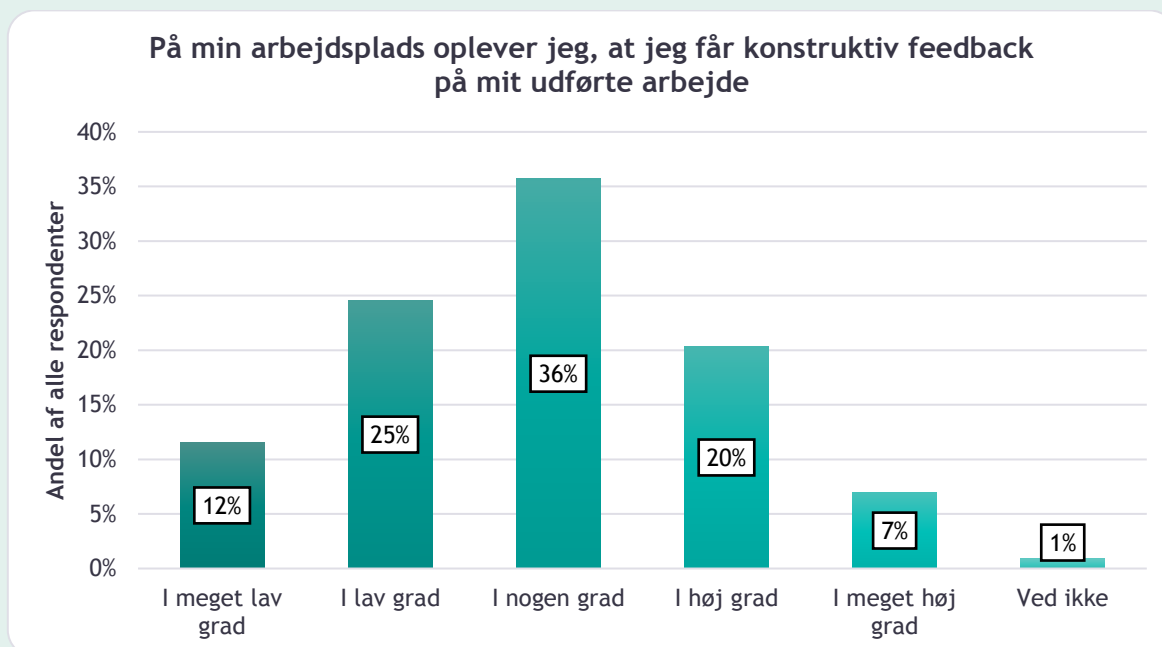


DIAGRAM 19

Næsten hver ottende (12%) yngre læge oplever blot i meget lav grad, at vedkommende får konstruktiv feedback på udført arbejde. Hver fjerde oplever i lav grad at få konstruktiv feedback. 36% oplever i nogen grad at få konstruktiv feedback. Hver femte oplever i høj grad at få konstruktiv feedback på udført arbejde. 7% oplever dette i meget høj grad.



5.5 HÅNTERING AF FØLELSMÆSSIGT BELASTENDE OPLEVELSER

Slutteligt er alle respondenter blevet spurgt, hvorvidt de får støtte til håndteringen af følelsesmæssigt belastende situationer:

Håndtering af følelsesmæssigt belastende oplevelser

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg får støtte til at håndtere følelsesmæssigt belastende oplevelser"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,1

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,1 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de i nogen grad får støtte til håndteringen af følelsesmæssigt belastende oplevelser. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

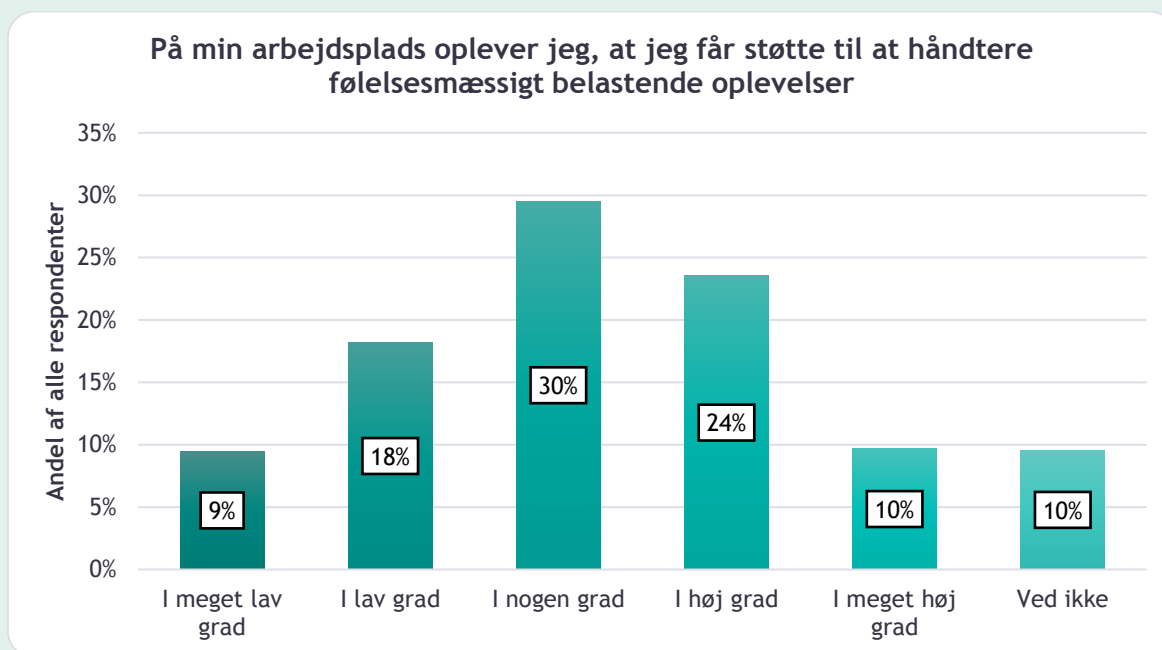


DIAGRAM 20

Næsten hver tiende respondent (9%) tilkendegiver, at de kun i meget lav grad får støtte til at håndtere følelsesmæssigt belastende oplevelser. 18% får i lav grad støtte, mens en tredjedel blot i nogen grad får støtte til at håndtere følelsesmæssigt belastende situationer. Omtrent hver fjerde yngre læge (24%) får i høj grad støtte, mens hver tiende (10%) i meget høj grad får støtte. 10% svarer "ved ikke", hvilket måske kan dække over, at deres arbejde ikke indebærer følelsesmæssigt belastende oplevelser.

6. ENSOMHED

Ensomhed er det næste indeksmål i undersøgelsen. Indekset består af seks unikke indikatorer/spørgsmål, der hver især antages at måle væsentlige aspekter ved ensomhed - eller alenehed - som yngre læge.

Overordnet set viser undersøgelsen en række positive resultater på dette indeks. Yngre læger oplever - gennemsnitligt set - at [de får støtte i fagligt udfordrende situationer](#), og mange oplever ligeledes, at de kan [spørge til råds](#) uden at det påvirker deres faglige anseelse. Dertil kommer, at [de fleste oplever at have kollegaer, de kan være fortrolige med](#). Det bør dog bemærkes, at en del af disse indikatorer kan være mere sensitive at svare på sammenlignet med de øvrige indikatorer for andre indeks i undersøgelsen. Derfor bør det også tages alvorligt, at betydelige andele af danske yngre læger oplever, at [de i nogen grad står alene med lægefaglige beslutninger](#) i situationer, hvor de egentlig har brug for sparring. Resultaterne giver også anledning til at konkludere, at en del respondenter er [usikre på deres faglige ståsted i forhold til andre læger](#) på samme uddannelsesstrin - en følelse, der kan give mange en følelse af at være alene i virket som læge.

I den statistiske analyse af resultaterne er alle indikatorer/udsagn kodet således, at en højere værdi altid repræsenterer en bedre/mere ideel situation, selvom udsagnet er af negativ karakter. "Ved ikke"-besvarelser er udeladt fra beregningerne af både gennemsnit, median og standardafvigelse, ligesom de heller ikke indgår i beregningsgrundlaget for det samlede indeksmål.

Bemærk at skalaen for vurderingen er 1-5. Ved stikprøvemål, der er normalfordelt omkring skalaens midterkategori, vil medianværdien derfor være 3. I enkelte tilfælde betyder en betydelig skævhed (kurtosis) imidlertid, at medianværdien forskubbes til enten 2 eller 4 på skalaen. Derfor rapporteres medianværdien i samtlige tilfælde - det samme gør standardafvigelsen. Denne er et udtryk for variationen omkring middelværdien - altså hvor meget varierer observationerne gennemsnitligt fra variabelens/indikatorens gennemsnit.



6.1 FAGLIG STØTTE OG SPARRING

De første indikatorer vedrører muligheden for og omfanget af faglig støtte og sparring i udfordrende situationer, hvor der skal træffes vigtige, lægefaglige beslutninger.

Den første indikator omhandler graden, hvormed de andre læger på afdelingen støtter op om yngre læger i fagligt udfordrende situationer:

Faglig støtte i udfordrende situationer

"På min arbejdsplads oplever jeg, at de andre læger på afdelingen støtter mig i fagligt udfordrende situationer"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 4

Median: 4

Standardafvigelse: 0,9

Gennemsnittet er 4 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 4. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de i høj grad får støtte af de andre læger i fagligt udfordrende situationer. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

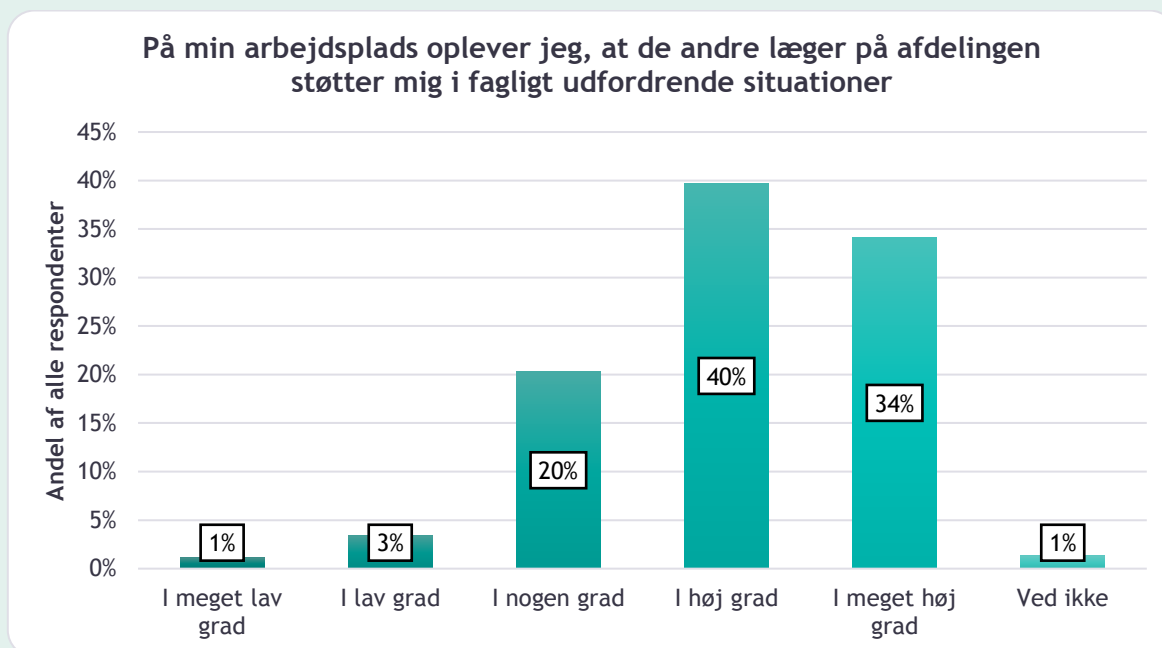


DIAGRAM 21

Mere end hver tredje oplever, at de i meget høj grad får støtte i fagligt udfordrende situationer. 40% af respondenterne oplever, at de i høj grad får støtte. Hver femte yngre læge i Danmark oplever i nogen grad, at vedkommende får støtte af sine lægekollegaer i fagligt udfordrende situationer. 4% af respondenterne oplever kun denne støtte i lav eller meget lav grad.

Det næste indikatormål handler om situationer, hvor man som yngre læge står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor man egentlig har brug for sparring:

At stå alene med beslutningerne

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor jeg har brug for sparring"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,7

Median: 4

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,7 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 4. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de i lav til nogen grad står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor de har brug for sparring. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

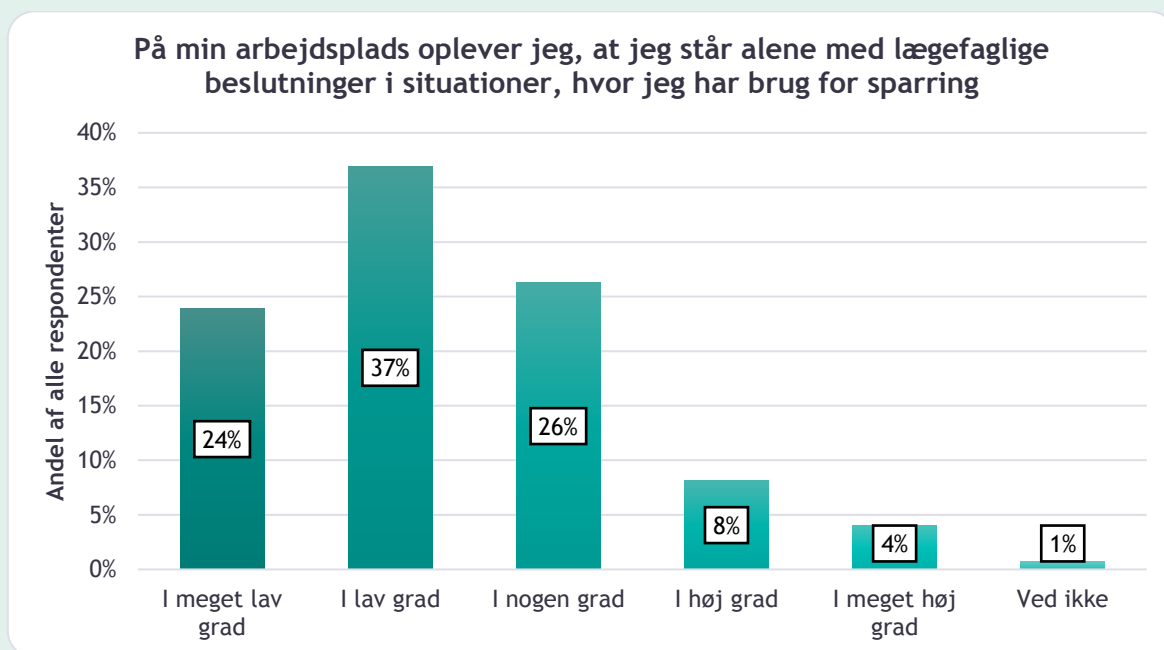


DIAGRAM 22

61% af de adspurgte læger oplever i lav eller meget lav grad, at de står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor de har brug for sparring. Mere end hver fjerde (26%) oplever, at de i nogen grad står alene, mens 12% i høj eller meget høj grad oplever at stå alene i situationer, hvor de har brug for sparring.

6.2 USIKKERHED OG TVIVL

De næste indikatorer handler om usikkerhed og tvivl om ens faglige ståsted og anseelse som læge, hvilket kan lede til en følelse af at være alene eller ensom.

Det første forhold vedrører, hvorvidt det at give udtryk for tvivl påvirker ens anseelse på arbejdspladsen negativt:

Faglige tvivlsspørgsmål

"På min arbejdsplads oplever jeg, at det påvirker min anseelse på arbejdspladsen negativt, hvis jeg giver udtryk for tvivl"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,7

Median: 4

Standardafvigelse: 1,0

Gennemsnittet er 3,7 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 4. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at det kun i lav grad påvirker anseelsen negativt, hvis man giver udtryk for tvivl. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

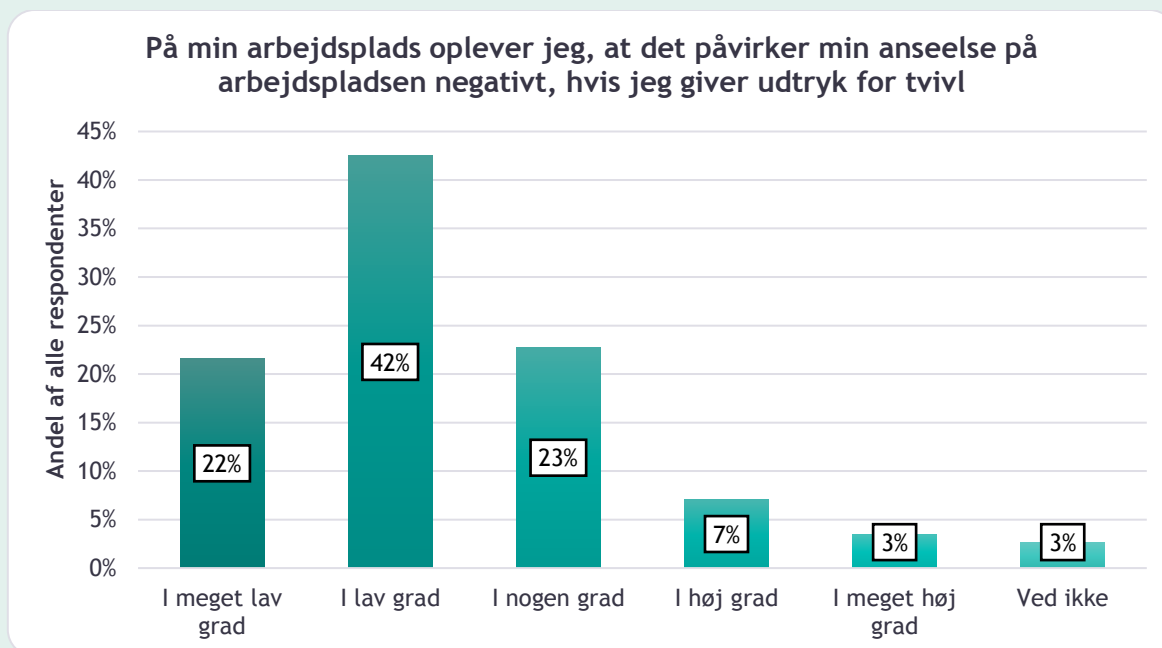


DIAGRAM 23

Mere end hver femte (22%) oplever kun i meget lav grad, at det påvirker deres anseelse negativt, hvis de giver udtryk for tvivl. 42% oplever i lav grad, at dette er tilfældet. 23% oplever i nogen grad, at udtryk for tvivl påvirker anseelsen negativt, mens 10% i høj eller meget høj grad oplever, at deres anseelse påvirkes

negativt. Samlet set oplever en tredjedel således, at det i nogen til meget høj grad påvirker anseelsen negativt, hvis de giver udtryk for tvivl.

Det næste spørgsmål handler om at have en følelse af, at man ikke er ligeså dygtig som lægekollegaer på samme uddannelsestrin:

Faglig usikkerhed

"På min arbejdsplads oplever jeg, at have en følelse af, at andre læger på samme uddannelsestrin er dygtigere end mig"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,4

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,4 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set i nogen grad oplever at have en følelse af, at andre læger på samme uddannelsestrin er dygtigere end dem selv. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

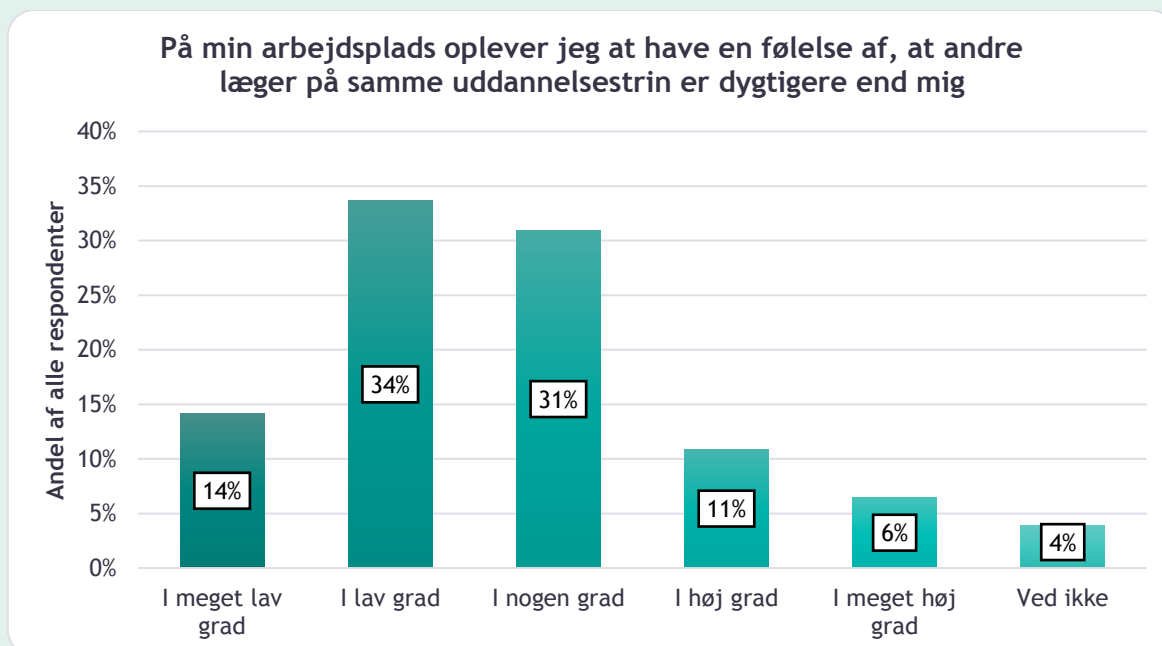


DIAGRAM 24

Omtrent hver sjette (17%) af yngre læger i Danmark oplever i høj eller meget høj grad at have en følelse af, at andre læger på tilsvarende uddannelsestrin er dygtigere end dem selv. Næsten hver tredje (31%) oplever i nogen grad denne følelse. Heldigvis oplever næsten halvdelen (48%) kun i lav eller meget lav grad at have denne følelse.

6.3 FÆLLESSKAB

Den sidste gruppe af indikatorer vedrører fællesskabet med kollegaerne på arbejdspladsen.

Den første indikator måler, hvorvidt man på arbejdspladsen har én eller flere kollegaer, man kan være fortrolig med:

Kollegial fortrolighed

"På min arbejdsplads oplever jeg, at jeg har én eller flere kollegaer, jeg kan være fortrolig med"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,8

Median: 4

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,8 på 1-5-skalaen, hvor 1 svarer til "i meget lav grad" og 5 svarer til "i meget høj grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de i høj grad har en eller flere kollegaer, de kan være fortrolige med. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

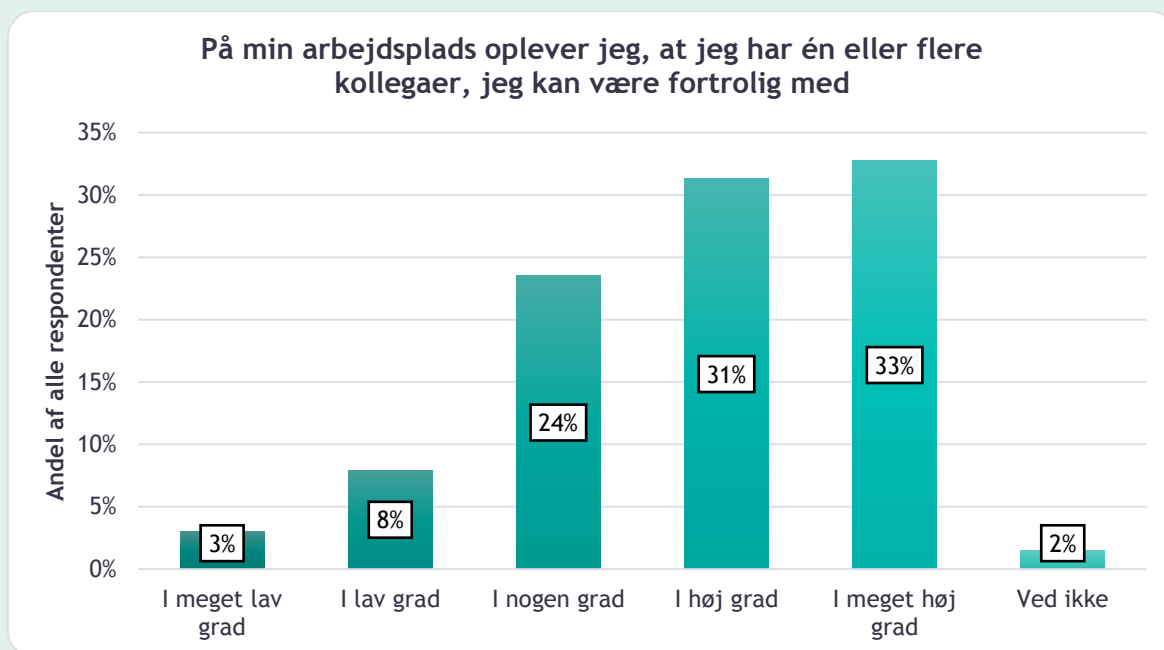


DIAGRAM 25

En tredjedel (33%) oplever i meget høj grad, at de har én eller flere kollegaer, de kan være fortrolige med. 31% oplever i høj grad dette. Omtrent hver fjerde respondent (24%) oplever i nogen grad, at de har én eller flere kollegaer, de kan være fortrolige med. Cirka hver tiende yngre læge (11%) oplever imidlertid, at de i lav eller meget lav grad har én eller flere kollegaer, de kan være fortrolige med.

Det sidste spørgsmål i indekset for ensomhed/alenehed omhandler det sociale fællesskab blandt yngre læger på arbejdspladsen:

Socialt fællesskab

"Jeg oplever, at der er yngre læger på min arbejdsplads, som ikke er en del af det sociale fællesskab"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,7

Median: 4

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,7 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 4. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set i lav grad oplever, at der er yngre læger på arbejdspladsen, som ikke er en del af det sociale fællesskab. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

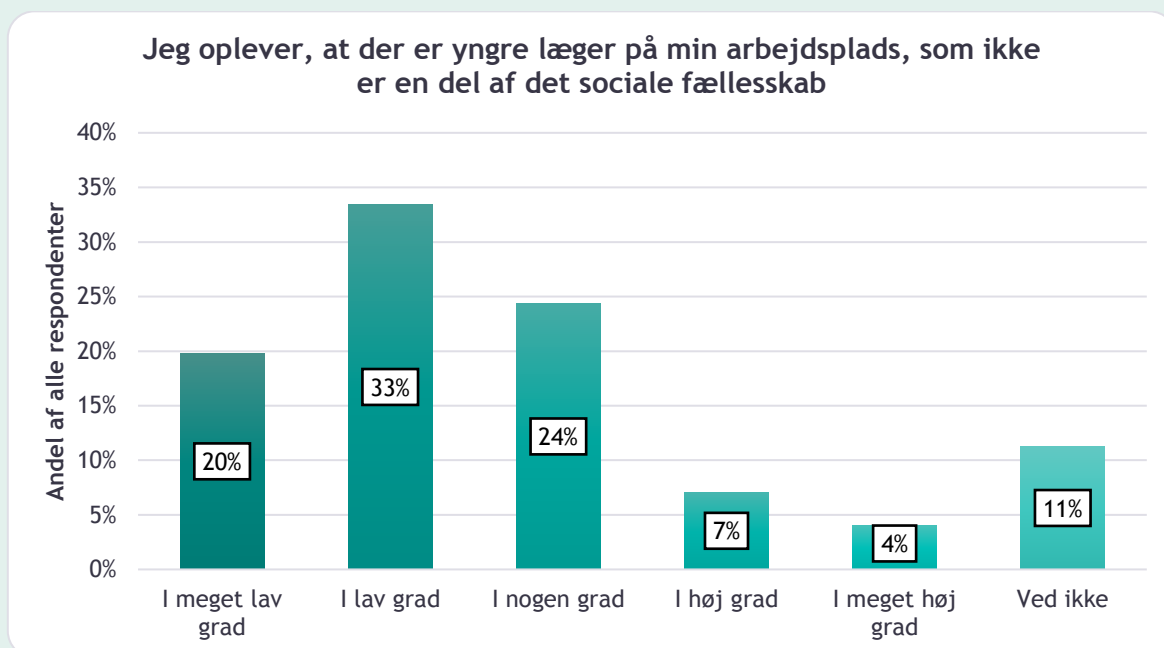


DIAGRAM 26

Hver femte (20%) oplever kun i meget lav grad, at der er yngre læger på arbejdspladsen, som ikke er en del af det sociale fællesskab. Hver tredje (33%) tilkendegiver, at de i lav grad oplever dette som tilfældet. Omtrent hver fjerde yngre læge (24%) oplever imidlertid, at der i nogen grad er yngre læger på arbejdspladsen, der ikke er en del af det sociale fællesskab. Godt og vel hver tiende (11%) respondent oplever i høj eller meget høj grad, at der er yngre læger, som er uden for det sociale fællesskab. Bemærk at 11% af respondenterne har svaret "ved ikke".

7. AFBRYDELSER

Det sidste indeks vedrører afbrydelser. Indekset består af seks unikke indikatorer/spørgsmål. Afbrydelser kan være helt relevante og nødvendige, men antallet af afbrydelser, som ikke har denne karakter kan med fordel reduceres, da afbrydelser reducerer effektivitet og øger risikoen for fejl. Der er i denne undersøgelse fokus på to ting. For det første hvorvidt afbrydelser er unødvendige og kunne være undgået ved en anden arbejdstilrettelæggelse. For det andet hvorvidt afbrydelserne medfører utilsigtede negative konsekvenser for arbejdet som helhed.

Generelt peger undersøgelsen på en række interessante fund. Det kan konkluderes, at arbejdet langt fra altid tilrettelægges ud fra [hensynet om at minimere antallet af unødvendige afbrydelser](#). Mange steder er der altså et forbedringspotentiale på dette punkt. Dette resultat bliver særligt interessant, når det sammenholdes med undersøgelsens resultater vedrørende omkostninger ved afbrydelser. Selvom en del yngre læger tilkendegiver, at de [hurtigt kan genvinde koncentrationen efter en afbrydelse](#), viser resultaterne dog også tydeligt, at [afbrydelser går ud over fagligheden](#) i opgaveløsningen og at [unødvendige afbrydelser tager tid fra de lægefaglige opgaver](#). Allermest tydeligt står dog, at [afbrydelser i høj grad påvirker den enkelte læges produktivt negativt](#).

I den statistiske analyse af resultaterne er alle indikatorer/udsagn kodet således, at en højere værdi altid repræsenterer en bedre/mere ideel situation, selvom udsagnet er af negativ karakter. "Ved ikke"-besvarelsen er udeladt fra beregningerne af både gennemsnit, median og standardafvigelse, ligesom de heller ikke indgår i beregningsgrundlaget for det samlede indeksskema.

Bemærk at skalaen for vurderingen er 1-5. Ved stikprøvemål, der er normalfordelt omkring skalaens midterkategori, vil medianværdien derfor være 3. I enkelte tilfælde betyder en betydelig skævhed (kurtosis) imidlertid, at medianværdien forskubbes til enten 2 eller 4 på skalaen. Derfor rapporteres medianværdien i samtlige tilfælde - det samme gør standardafvigelsen. Denne er et udtryk for variationen omkring middelværdien - altså hvor meget varierer observationerne gennemsnitligt fra variabelens/indikatorens gennemsnit.



7.1 OMKOSTNINGERNE VED AFBRYDELSER

Den første række af indikatorer vedrørende afbrydelser handler om de omkostninger, afbrydelser har for produktivitet, faglighed og koncentrationsevne.

Undersøgelsen viser tydeligt, at afbrydelserne går ud over produktiviteten:

Tab af produktivitet

"På min arbejdsplads oplever jeg, at afbrydelser går ud over min produktivitet"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,5

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 2,5 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at afbrydelserne i høj til nogen grad går ud over deres produktivitet. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

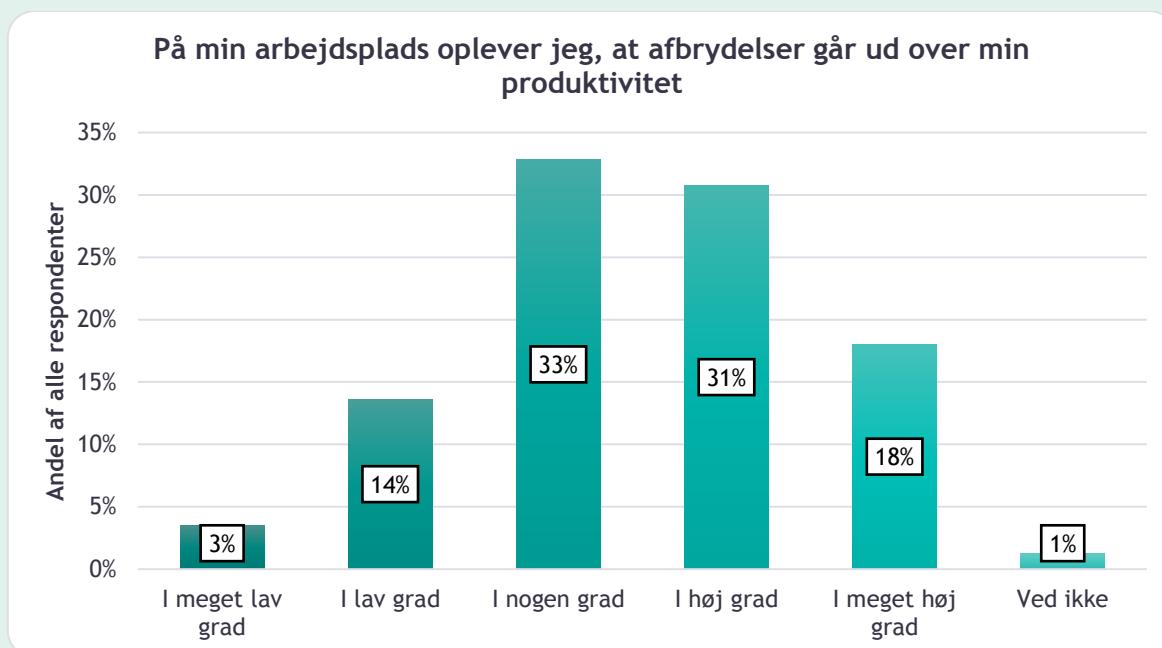
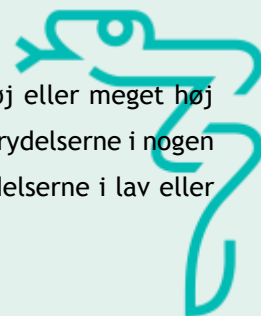


DIAGRAM 27

Næsten halvdelen (49%) af alle adspurgte yngre læger tilkendegiver, at afbrydelser i høj eller meget høj grad går ud over deres produktivitet på arbejdspladsen. En tredjedel (33%) oplever, at afbrydelserne i nogen grad går ud over produktiviteten. Kun omtrent hver sjette (17%) tilkendegiver, at afbrydelserne i lav eller meget lav grad medfører et tab af produktivitet.



Den næste indikator omhandler, hvorvidt afbrydelserne går ud over fagligheden i arbejdet.

Tab af faglighed

"På min arbejdsplads oplever jeg, at afbrydelser går ud over fagligheden"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,9

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 2,9 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at afbrydelserne i nogen grad går ud over fagligheden på deres arbejdsplads. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

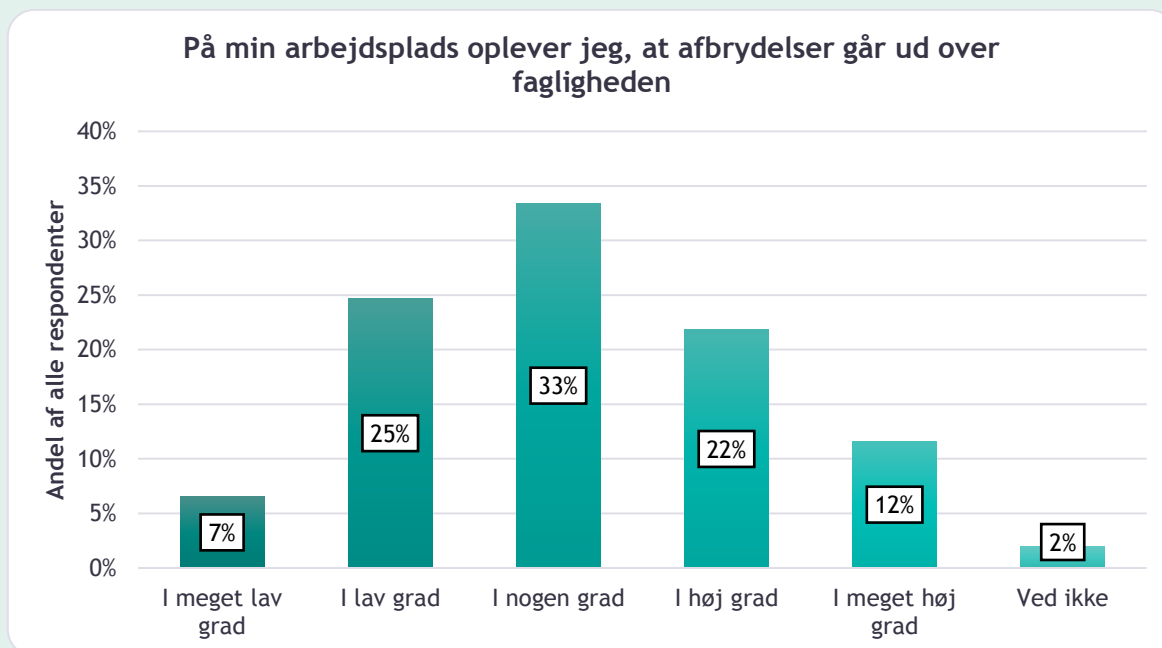


DIAGRAM 28

Respondenterne deler sig i tre omtrent lige store grupper. Lidt over hver tredje (34%) yngre læge oplever, at afbrydelser i høj eller meget høj grad går ud over fagligheden på arbejdspladsen. 33% oplever i nogen grad, at dette er tilfældet. Den sidste tredjedel oplever i lav eller meget lav grad, at afbrydelser går ud over fagligheden. Samlet set vurderer to tredjedele af danske yngre læger altså, at afbrydelser i nogen eller høj grad går ud over fagligheden på deres arbejdsplads.

I forlængelse heraf handler næste indikator om, hvorvidt afbrydelserne tager tid fra yngre lægers lægefaglige opgaver.

Tid fra lægefaglige arbejdsopgaver

"På min arbejdsplads oplever jeg, at afbrydelser tager tid fra mine lægefaglige arbejdsopgaver"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 2,7

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 2,7 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at afbrydelserne i nogen grad tager tid fra deres lægefaglige arbejdsopgaver. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

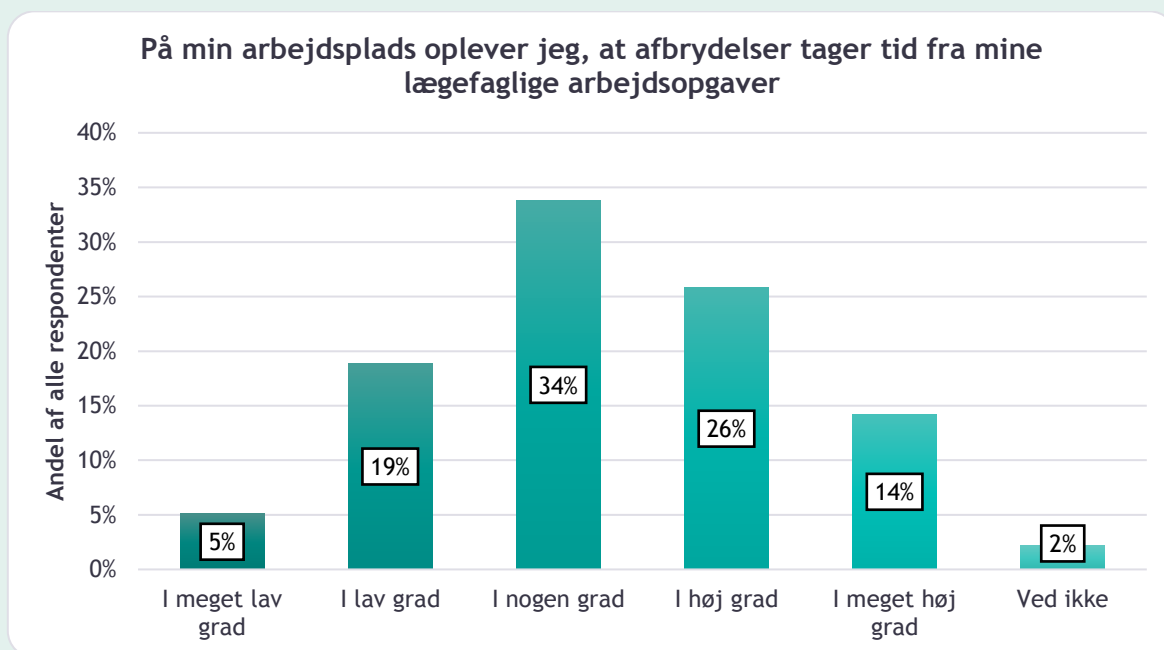


DIAGRAM 29

Omtrent hver fjerde (24%) oplever kun i lav eller meget lav grad, at afbrydelserne tager tid fra de lægefaglige opgaver. Hver tredje (34%) tilkendegiver derimod, at afbrydelserne i nogen grad tager tid fra de lægefaglige opgaver. Hele 40% oplever, at afbrydelserne i høj eller meget høj grad tager tid fra de lægefaglige arbejdsopgaver.

Det sidste omkostningsspørgsmål handler om koncentrationsevne og deraf også workflow:

Tab af koncentrationsevne

"På min arbejdsplads oplever jeg, at det er svært for mig at genvinde koncentrationen efter en afbrydelse"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,1

Median: 3

Standardafvigelse: 1,0

Gennemsnittet er 3,1 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at de i nogen grad har svært ved at genvinde koncentrationen efter en afbrydelse. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

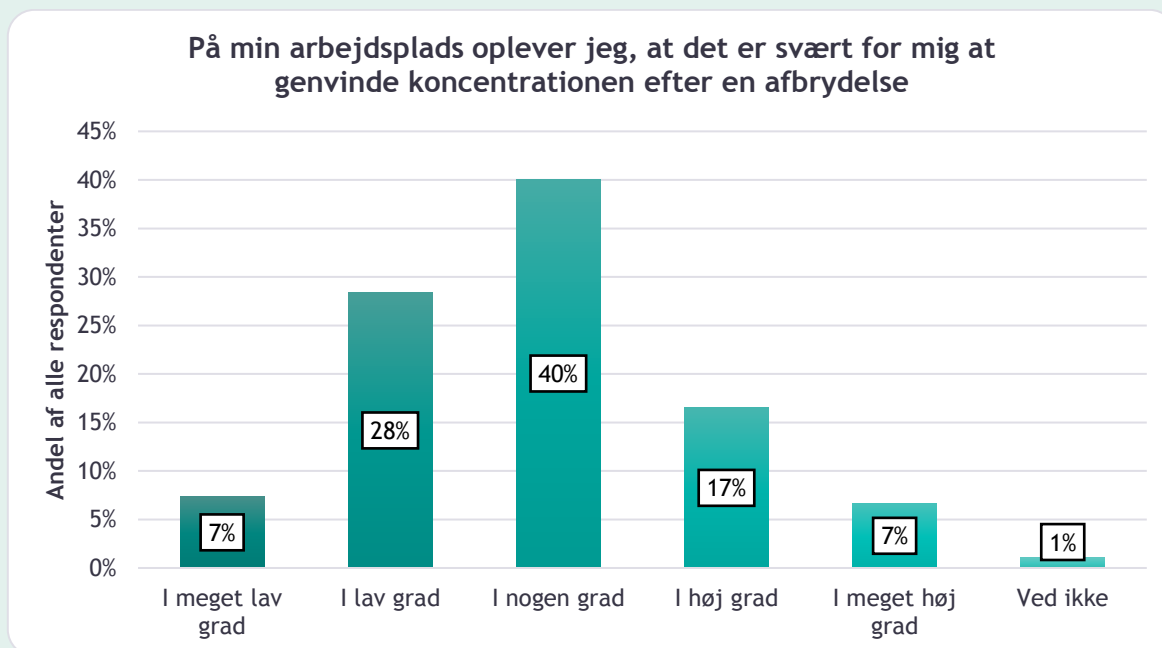


DIAGRAM 30

Omtrent hver fjerde (24%) yngre læge oplever i høj eller meget høj grad vanskeligheder ved at genvinde koncentrationen efter en afbrydelse. 40% oplever i nogen grad dette. 35% oplever i lav eller meget lav grad, at de har svært ved at genvinde koncentrationen efter en afbrydelse.



7.2 ARBEJDSTILRETTELÆGGELSE

De sidste to indikatorer vedrører arbejdstilrettelæggelsen - nærmere bestemt om arbejdet kunne tilrettelægges på en sådan måde, at antallet af unødvendige afbrydelser blev mindre.

Færre afbrydelser

"På min arbejdsplads oplever jeg, at mit arbejde kunne tilrettelægges, så jeg oplevede færre afbrydelser"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3

Median: 3

Standardafvigelse: 1,0

Gennemsnittet er 3 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er ligeledes 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set oplever, at deres arbejde i nogen grad kunne tilrettelægges, så de oplevede færre afbrydelser. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

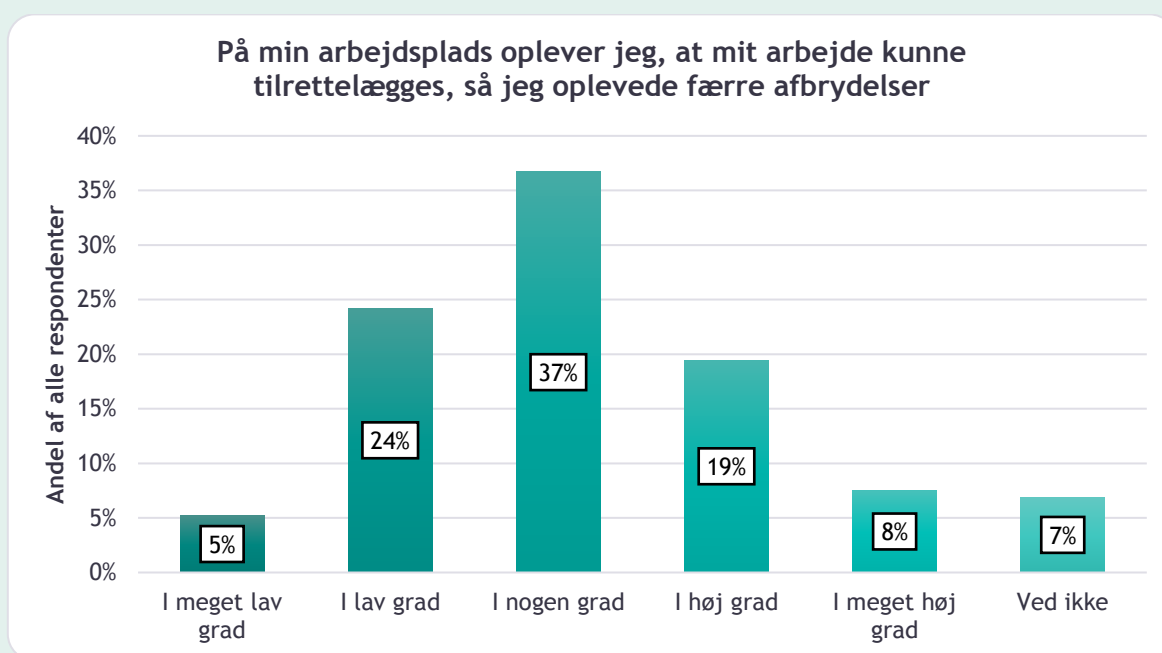


DIAGRAM 31

8% oplever i meget høj grad, at deres arbejde kunne tilrettelægges, så de oplevede færre afbrydelser alt i alt. Omtrent hver femte (19%) oplever i høj grad, at arbejdet kunne tilrettelægges anderledes. 37% oplever i nogen grad, at dette er tilfælde. Cirka hver fjerde (24%) oplever i lav grad, at arbejdet kunne tilrettelægges, så de oplevede færre afbrydelser, mens 5% oplever dette i meget lav grad.

Den sidste indikator vedrører, hvorvidt arbejdet er tilrettelagt på en sådan måde, at det fører til unødvendige afbrydelser:

Unødvendige afbrydelser

"På min arbejdsplads oplever jeg, at mit arbejde er tilrettelagt på en måde, der fører til unødvendige afbrydelser"

Skala: 1-5

Gennemsnit: 3,1

Median: 3

Standardafvigelse: 1,1

Gennemsnittet er 3,1 på 1-5-skalaen, hvor 1 i dette tilfælde svarer til "i meget høj grad" og 5 svarer til "i meget lav grad". Medianen er 3. Det betyder, at yngre læger gennemsnitligt set i nogen grad oplever, at deres arbejde er tilrettelagt, så det fører til unødvendige afbrydelser. Kigger man på svarfordelingen, ser billedet således ud:

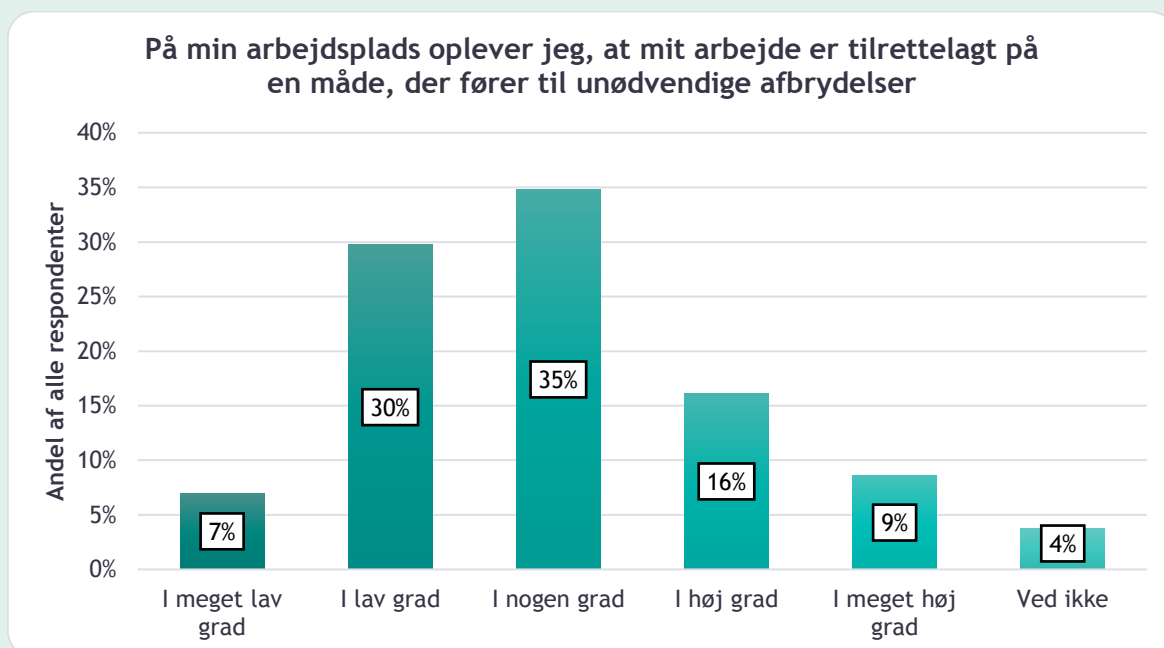


DIAGRAM 32

Næsten hver tiende (9%), oplever i meget høj grad, at tilrettelæggelsen af deres arbejde fører til unødvendige afbrydelser. Omtrent hver sjette (16%) oplever det samme i høj grad. Mere end hver tredje (35%) oplever, at deres arbejde i nogen grad er tilrettelagt på en sådan måde, at det fører til unødvendige afbrydelser. 30% oplever i lav grad at dette er tilfældet, mens 7% kun i meget lav grad oplever denne form for tilrettelæggelse af deres arbejde.

8. UNDERSØGELSENS RESPONDENTER

Dette afsnit præsenterer undersøgelsens stikprøvemål og giver en beskrivelse af respondentsammensætningen på parametre såsom geografisk fordeling, ansættelses- og afdelingstype, lægefagligt speciale, vagthyppighed efter kl. 18 samt anciennitet efter medicinstudiet.

I alt har 4645 yngre læger besvaret spørgeskemaet i perioden fra 18. marts til 7. april. Der blev sendt tre rykkerskrivelser ud med omtrent en uges mellemrum.

8.1 GEOGRAFISK FORDELING

Nedenfor ses en illustration af den geografiske spredning af stikprøven på de fem regioner. Den geografiske spredning følger ansættelsesstedet og altså ikke respondenternes bopælsregion. Denne opdeling er selvfølgelig valgt, fordi arbejdsmiljøet antageligvis kan påvirkes af regionale forskelligheder i sundhedsvæsenet og dermed arbejdspladsens placering - men ikke af respondenternes bopæl.



FIGUR 6

På tidspunktet for udsendelsen af spørgeskemaet havde Yngre Læger 13240 medlemmer i alt. 4645 yngre læger besvarede undersøgelsen, hvilket svarer til en svarrate på ca. 35% på landsplan. Kigger man på de individuelle regioner, varierer svarraten inden for et interval på 7 procentpoint for de fem regioner. Svarraten er omtrent 33% i Hovedstaden, 34% i Midtjylland, 36% i Nordjylland, 39% i Sjælland og 40% i Syddanmark. For yngre læger ansat på Grønland er svarraten 27%, for ansatte på Færøerne er svarraten

59%. For statslige ansatte er svarraten 14%.¹⁵ I tabellen nedenfor præsenteres stikprøvens afspejling af populationen:

Region	Stikprøve	Andel af stikprøve (%)	Population	Andel af population (%)
Hovedstaden	1671	36,0	5044	38,0
Midtjylland	1002	21,6	2928	22,0
Nordjylland	385	8,3	1079	8,1
Sjælland	512	11,0	1302	9,8
Syddanmark	988	21,3	2467	18,6
Færøerne	22	0,5	37	0,3
Grønland	15	0,3	55	0,4
Staten	50	1,1	364	2,7
<i>I alt</i>	<i>4645</i>	<i>100</i>	<i>13276</i>	<i>100</i>

Tallet for medlemspopulationen afviger her fra totalen, fordi der ikke medregnes medlemmer udenfor beskæftigelse.

TABEL 1: STIKPRØVE OG POPULATION

Der er ikke foretaget en geografisk vægtning af respondenterne i den statistiske behandling af undersøgelsens resultater. En sådan vægtning er fravalgt af flere årsager. For det første fordi ovenstående tabel giver et billede af en relativt repræsentativ stikprøve uden alvorlige skævheder i respondentgrundlaget. Med andre ord afspejler fordelingen af medlemmer i stikprøven langt henad vejen den faktiske geografiske fordeling af yngre læger i Danmark. Derudover er der en risiko for, at en vægtning med afsæt i geografi kan forstærke effekten af andre eventuelle biases i respondentsammensætningen på regionalt plan og dermed skævvride resultaterne. Det kan eksempelvis dreje sig om regionale forskelle på frafaldsårsager eller såkaldt non-response bias. For det andet baserer populationstallene som nævnt på selvrapportering i et medlemssystem, hvor der er en vis usikkerhed vedrørende graden, hvormed data er opdateret og tidssvarende. Om end effekten af denne usikkerhed vurderes at være lille i det samlede billede og målefejlene må antages at være tilfældige, er det dog en potentiel fejlkilde, der er værd at overveje, inden man vægter respondentgrundlaget efter populationen. Vurderingen er derfor, at der sammenlagt er flere risici end potentielle gevinster forbundet med en vægtning.

¹⁵ Udregningen af svarprocenterne baserer sig på en sammenligning mellem respondenternes egen angivelse af arbejdsplads og Yngre Lægers egne medlemsdata fra maj 2019. I sidstnævnte vil der være visse usikkerhedsgrader, dels fordi data er trukket på et senere tidspunkt end undersøgelsens sluttidspunkt, dels fordi medlemsdata beror på selvrapportering og medlemmernes egen opdatering af arbejdspladssted.



8.2 SEKTOR

En anden baggrundsvariabel vedrører ansættelsessektoren. Diagrammet nedenfor viser fordelingen af respondenter mellem hhv. almen praksis og kommunale ansættelser (primær sektor bredt betragtet) samt hospital/psykiatri og speciallægepraksis (sekundær sektor bredt betragtet):

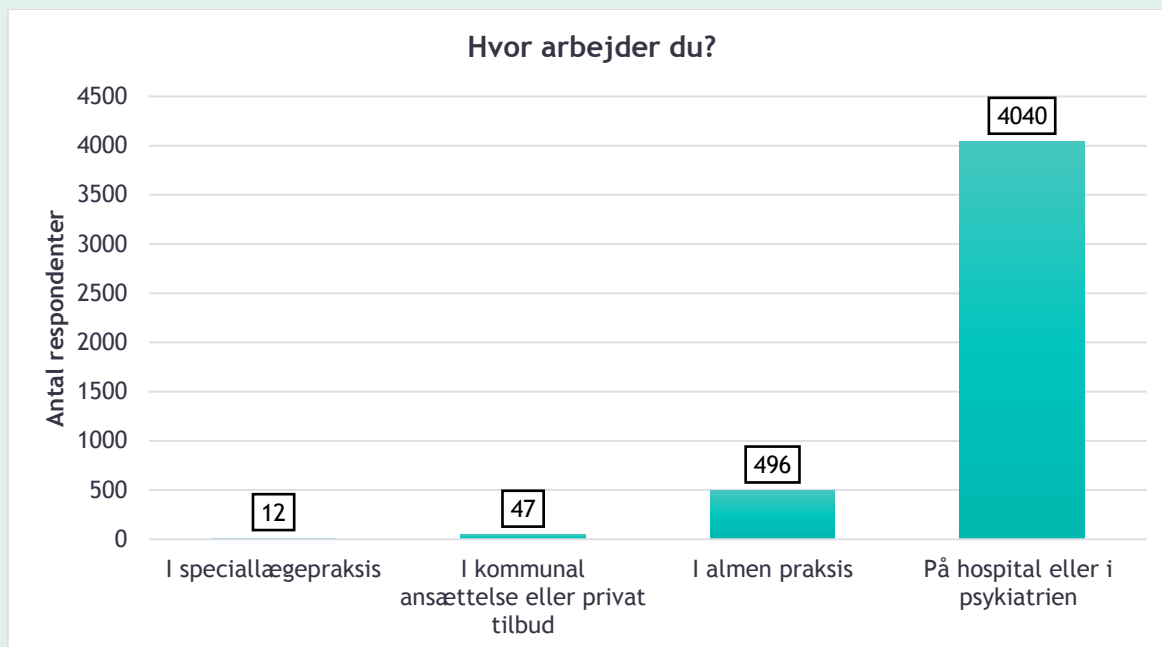


DIAGRAM 33

Som det fremgår, arbejder størstedelen respondenterne (4040) i sekundærsektoren, enten på hospital (somatik) eller i psykiatrien. 496 respondenter er beskæftiget i almen praksis, svarende til 11% af stikprøven. Blandt Yngre Lægers medlemspopulation er tallet omtrent 7%, hvilket betyder, at der er en beskedent overrepræsentation af almen praksis-ansatte i stikprøven. Der er ikke en opgørelse for populationsestimater på antal ansatte i hhv. kommuner og speciallægepraksis, ligesom der ikke eksisterer en samlet opgørelse for sekundærsektoren.

Det bør bemærkes, at Yngre Læger i 2018 gennemførte en medlemsundersøgelse blandt medlemmer indenfor almen medicin, herunder ansatte i almen praksis. Undersøgelsen gik blandt andet i dybden med en række arbejdsmiljø- og uddannelsesmæssige forhold, der ikke berøres direkte i denne undersøgelse. Resultaterne af undersøgelsen fra 2018 specifikt for almen medicin kan læses [her](#).



De hospitalsansatte respondenter er ydermere blevet spurgt om, hvilken type afdeling/arbejdsområde, de arbejder indenfor:

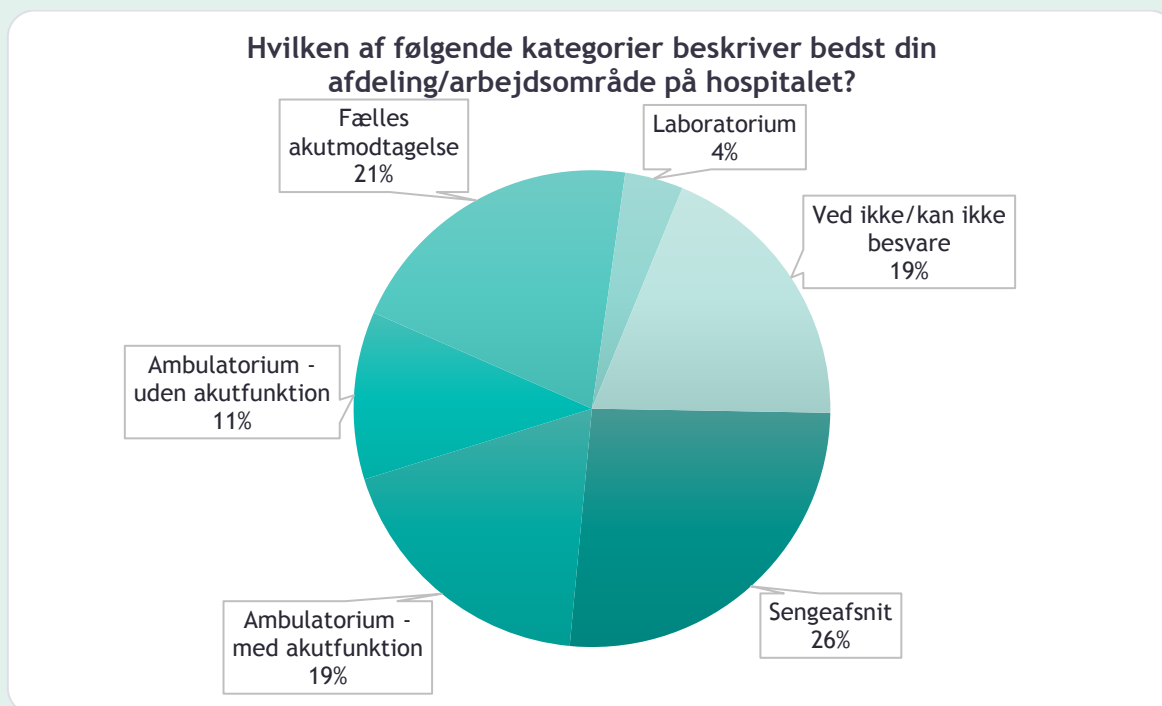


DIAGRAM 34

Omtrent 20% - altså en femtedel - af respondenterne kan ikke svare meningsfyldt på spørgsmålet. Det vil typisk være de læger, hvor hverdagen i særlig høj grad er kendetegnet af skift mellem afdelingstyper. Resten af respondenterne fordeler sig nogenlunde jævnt på de forskellige kategorier, på nær laboratorieansatte som udgør 4% af respondenterne. 26% arbejder fortrinsvist på sengeafsnit, 21% fortrinsvist i akutmodtagelser. 30% af respondenterne arbejder fortrinsvist i ambulatorium. Nærmere bestemt drejer det sig om 19% af alle respondenter for ambulatorier med akutfunktion, mens 11% af samtlige respondenter fortrinsvist arbejder i ambulatorier uden akutfunktion.



Alle respondenter er derudover blevet spurgt, hvor ofte de typisk har vagt efter kl. 18 i løbet af en måned:

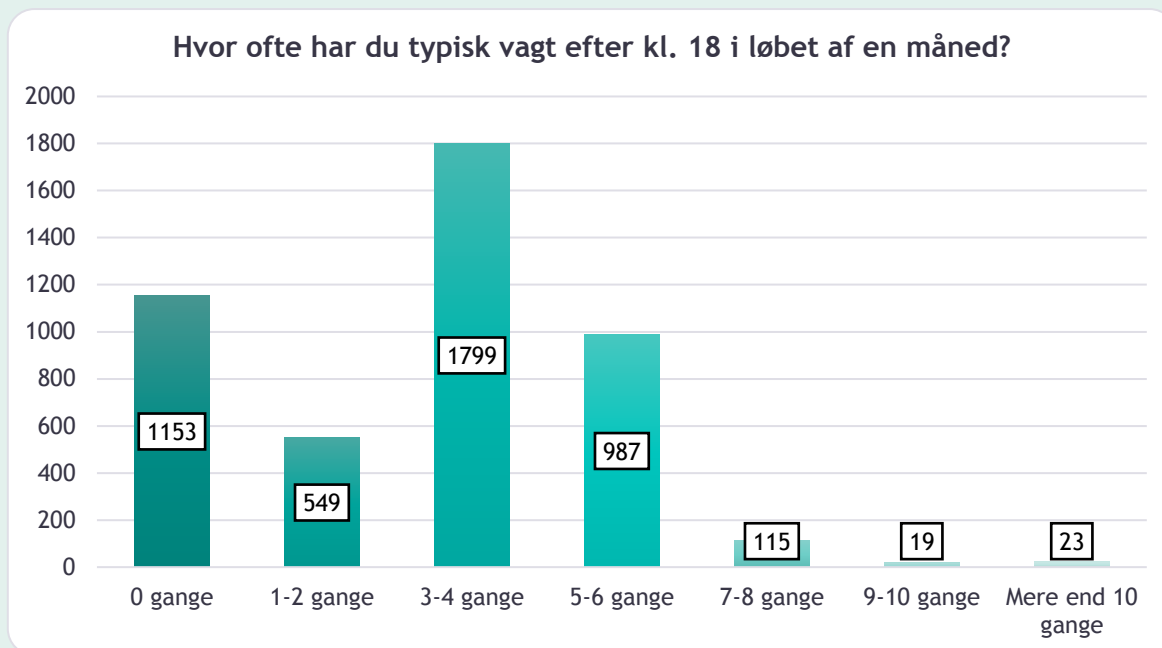


DIAGRAM 35

Omtrent 3% af respondenterne har vagt efter kl. 18 syv eller flere gange om måneden. 21% har 5-6 gange, 39% har 3-4 gange om måneden, 12% har 1-2 gange om måneden. 25% har ikke vagt efter kl. 18.

8.3 UDDANNELSE

Den sidste gruppe baggrundsvariable omhandler respondenternes uddannelse. Det drejer sig specifikt om deres nuværende uddannelsestrin, altså hvilken del af den lægelige videreuddannelse de er i gang med, hvorvidt deres stilling indgår som et led i videreuddannelsen, samt hvor mange års anciennitet som færdiguddannet kandidat i medicin, den enkelte respondent har.

Fordelingen af respondenter på de forskellige uddannelsestrin i den lægelige videreuddannelse præsenteres i diagrammet nedenfor. Alle respondenter har besvaret spørgsmålet, også de som er i uklassificerede stillinger, der ikke er en del af den lægelige videreuddannelse. Respondenterne er således bedt om at angive det uddannelsesniveau, der *bedst* beskriver deres situation:



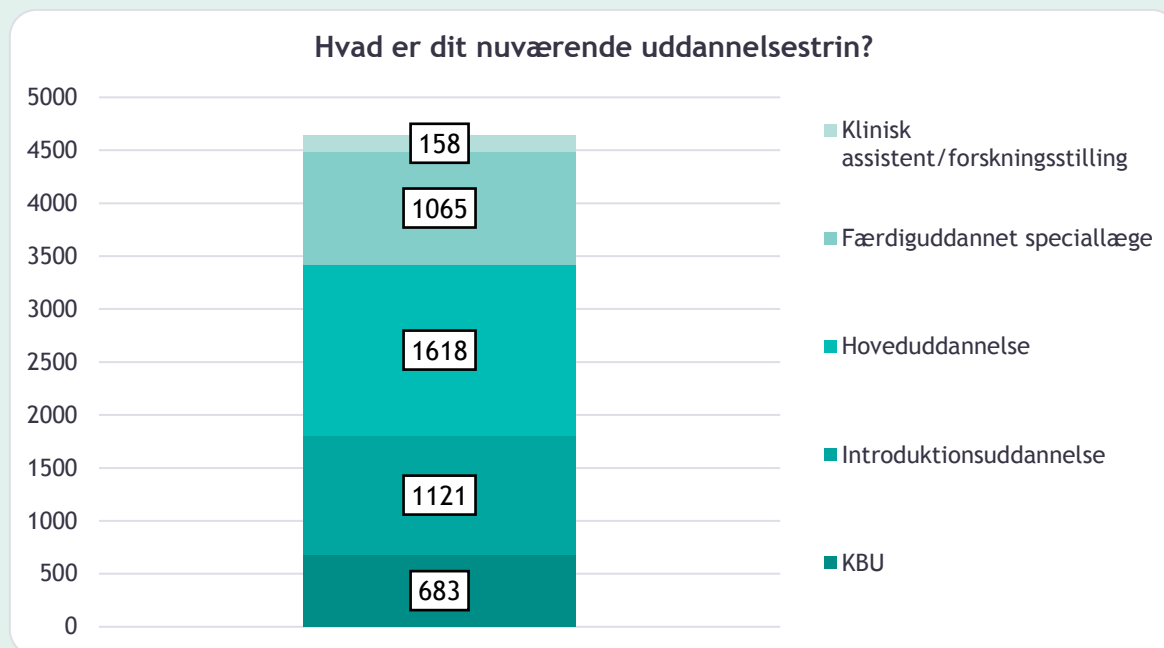


DIAGRAM 36

683 respondenter, svarende til små 15% af stikprøven, er KBU-læger. Omtrent 24% har et uddannelsesniveau, der svarer til en (igangværende) introduktionsuddannelse indenfor et givent speciale, 35% har et uddannelsesniveau som svarer til (igangværende) hoveduddannelse. 23% er færdiguddannede speciallæger, mens 3% er kliniske assistenter.

Størstedelen af de adspurgte yngre læger er ansat i stillinger, der er en del af den lægelige videreuddannelse:

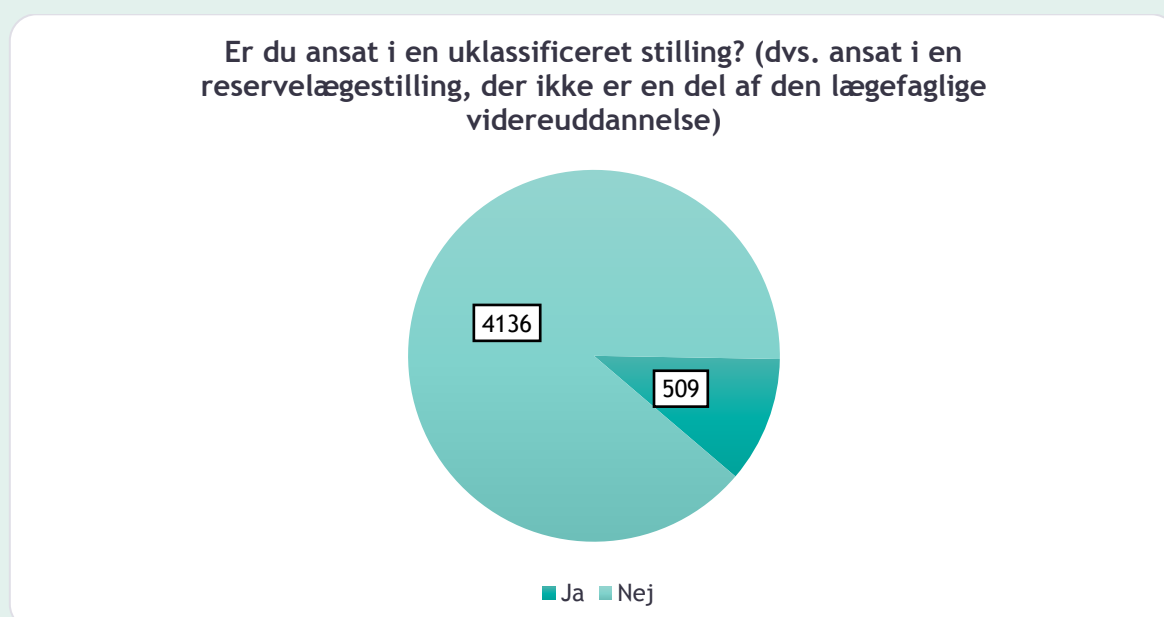


DIAGRAM 37

89% er ansat i klassificerede stillinger, der tæller som en del af videreuddannelsen. 11% er ansat i uklassificerede stillinger.

Respondenterne har ligeledes angivet årstallet for deres dimission fra medicinstudiet:

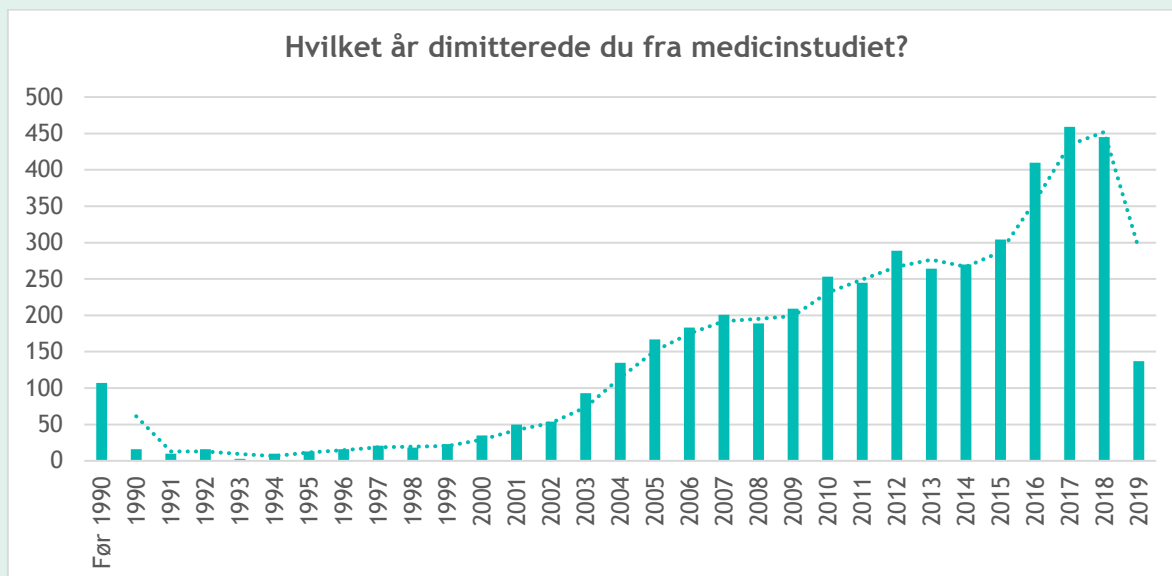


DIAGRAM 38

Den gennemsnitlige læge i datasættet har omtrent 7,5 års anciennitet som færdiguddannet cand.med. Medianen for afgangs år blandt yngre læger i undersøgelsen er 2013, mens det hyppigst forekomne år for dimissionen er 2017.



8.4 SPECIALE

Stikprøven fordeles sig således på de lægefaglige specialer. Her er respondenterne bedt om at vurdere, hvilket speciale deres nuværende ansættelse er indenfor:

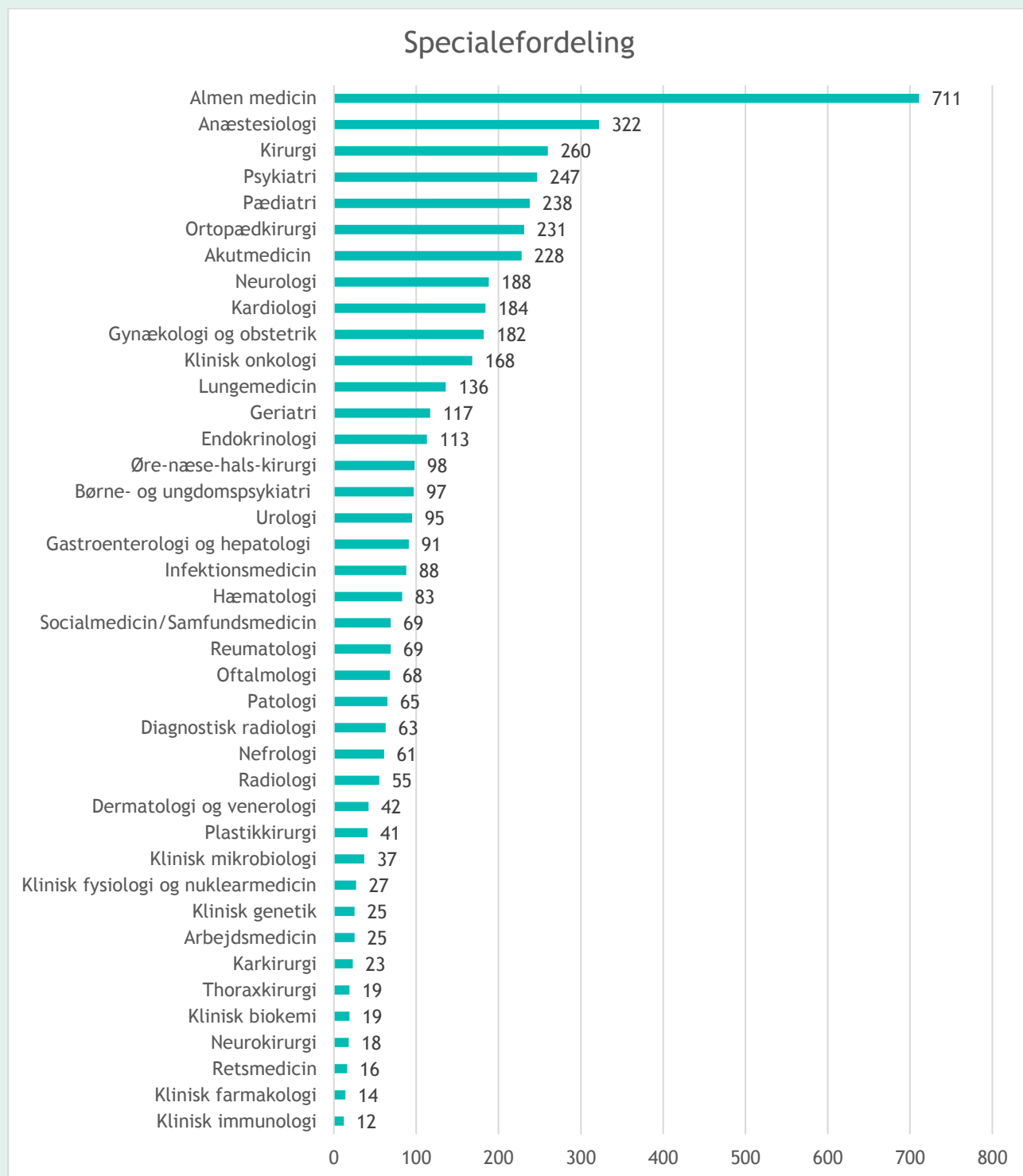


DIAGRAM 39

9. APPENDIKS

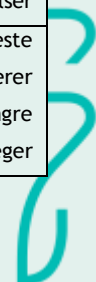
SPØRGESKEMA

Afhængig variabel	<u>Selvurderet arbejdsmiljø</u> <u>Behandlingskvalitet</u> <u>Patientsikkerhed</u> <u>Stress</u>
Skala	1-10 (arbejdsmiljø, behandlingskvalitet og patientsikkerhed) 1-5 (stress)



"På min arbejdsplads oplever jeg..."

UV	Ensomhed/ alenehed (samlet mål)	Travlhed (samlet mål)	Afbrydelser (samlet mål)	Supervision og ledelse (samlet mål)
Indikatorer/spørgsmål	At de andre læger på afdelingen støtter mig i fagligt udfordrende situationer	At jeg har den fornødne tid til mine arbejdsopgaver	At mit arbejde kunne tilrettelægges, så jeg oplevede færre afbrydelser	At supervision indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen
	At jeg har én eller flere kollegaer, jeg kan være fortrolig med	At jeg skærer ned på mine pauser for at nå arbejdsopgaverne	At mit arbejde er tilrettelagt på en måde, der fører til unødvendige afbrydelser	At jeg får konstruktiv feedback på mit udførte arbejde
	At jeg står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor jeg har brug for sparring	At jeg har mulighed for at løse mine arbejdsopgaver på faglig tilfredsstillende vis	At afbrydelser tager tid fra mine lægefaglige arbejdsopgaver	At jeg får den fornødne oplæring og vejledning i nye arbejdsopgaver
	At det påvirker min anseelse på arbejdspladsen negativt, hvis jeg giver udtryk for tvivl	At bemandingen på mit arbejde passer til antallet og typen af arbejdsopgaver	At afbrydelser går ud over fagligheden	At jeg får tildelt fagligt udviklende opgaver
	At have en følelse af, at andre læger på samme uddannelsestrin, er dygtigere end mig	At udføre arbejdsopgaver der burde varetages af andre faggrupper	At afbrydelser går ud over min produktivitet	At jeg har mulighed for at bearbejde følelsesmæssigt belastende oplevelser
	At der er yngre læger på min arbejdsplads, som ikke er en del af det sociale fællesskab	At det er nødvendigt at arbejde over for at indfri forventningerne til min opgaveløsning	At det er svært for mig at genvinde koncentrationen efter en afbrydelse	At min nærmeste ledelse prioriterer supervision af yngre læger



		At jeg har svært ved at nå mine lægefaglige opgaver på grund af problemer med IT-systemer		At den øverste ledelse prioriterer supervision af yngre læger
		At mit arbejdstempo er for højt		At det er tydeligt, hvad der forventes af mig
				At jeg bliver superviseret på en måde, der udvikler mig fagligt
Skala	1-5 I meget høj grad (5) / i høj grad (4) / i nogen grad (3) / i lav grad (2) / i meget lav grad (1) / ved ikke (.)			

MULTIVARIAT ANALYSE

Tabel a: Sammenhængen mellem patientsikkerhed og samlet arbejdsmiljø, når der kontrolleres for behandlingskvalitet

Uafhængige variable	Koefficient	(Standardfejl)
Samlet arbejdsmiljø	0,18***	(0,009)
Behandlingskvalitet	0,7***	(0,1)
Konstant	0,91***	(0,07)

***: Signifikant på 0,001-niveauet; **: Signifikant på 0,01-niveauet; *: Signifikant på 0,05- niveauet.

KORRELATIONSANALYSE

Tabel b: Pearsons r, signifikans og forklaringskraft (R^2) for korrelationen mellem selv vurderet arbejdsmiljø og indeksmålene

	Travlhed	Supervision og ledelse	Ensomhed	Afbrydelser
Pearsons r	0,59***	0,67***	0,56***	0,45***
Forklaringskraft R^2	0,35	0,45	0,32	0,20

***: Signifikant på 0,001-niveauet; **: Signifikant på 0,01-niveauet; *: Signifikant på 0,05- niveauet.



Tabel c: Pearsons r, signifikans og forklaringskraft (R^2) for korrelationen mellem arbejdsrelateret stress og indeksmålene

	Travlhed	Supervision og ledelse	Ensomhed	Afbrydelser
Pearsons r	0,58***	0,33***	0,42***	0,43***
Forklaringskraft R^2	0,34	0,11	0,18	0,19

***: Signifikant på 0,001-niveauet; **: Signifikant på 0,01-niveauet; *: Signifikant på 0,05-niveauet.

Tabel d: Pearsons r, signifikans og forklaringskraft (R^2) for korrelationen mellem samlede arbejdsmiljø og behandlingskvalitet, patientsikkerhed og arbejdsrelateret stress

	Behandlingskvalitet	Patientsikkerhed	Arbejdsrelateret stress
Pearsons r	0,59***	0,50***	0,43***
Forklaringskraft R^2	0,24	0,25	0,19

***: Signifikant på 0,001-niveauet; **: Signifikant på 0,01-niveauet; *: Signifikant på 0,05-niveauet.

Note: Behandlingskvalitet, patientsikkerhed og arbejdsrelateret stress er omkodet, så de kun indeholder tre kategorier. Variablene behandlingskvalitet og patientsikkerhed er skaleret fra 1-10. Her er værdierne 1-3 slået sammen i kategorien "dårlig behandlingskvalitet/patientsikkerhed", værdier 4-6 er slået sammen i kategorien "nogenlunde behandlingskvalitet/patientsikkerhed", og 7-10 er slået sammen i kategorien "god behandlingskvalitet/patientsikkerhed". Arbejdsrelateret stress-variablen er reskaleret efter samme fremgangsmåde.

Tabel e: Korrelationsmatrice over indikatorer i travlhedsindekset

	th1	th2	th3	th4	th5	th6	th7
th1	1						
th2	0,59	1					
th3	0,64	0,51	1				
th4	0,35	0,35	0,33	1			
th5	0,57	0,57	0,47	0,35	1		
th6	0,35	0,36	0,31	0,48	0,35	1	
th7	0,64	0,62	0,56	0,36	0,54	0,35	1

Alpha = 0,85

Spørgsmål/indikatorer:

Th1: At jeg har den fornødne tid til mine arbejdsopgaver

Th2: At jeg skærer ned på mine pauser for at nå arbejdsopgaverne (vendt)

Th3: At jeg har mulighed for at løse mine arbejdsopgaver på faglig tilfredsstillende vis

Th4: At bemandingen på mit arbejde passer til antallet og typen af arbejdsopgaver

Th5: At udføre arbejdsopgaver der burde varetages af andre faggrupper (vendt)

Th6: At det er nødvendigt at arbejde over for at indfri forventningerne til min opgaveløsning (vendt)

Th7: At jeg har svært ved at nå mine lægefaglige opgaver på grund af problemer med IT-systemer (vendt)

Tabel f: Korrelationsmatrice over indikatorer i supervisions- og ledelsesindekset

	sv1	sv2	sv3	sv4	sv5	sv6	sv7	sv8	sv9
sv1	1								
sv2	0,56	1							
sv3	0,53	0,55	1						
sv4	0,36	0,43	0,40	1					
sv5	0,43	0,51	0,49	0,39	1				
sv6	0,70	0,56	0,55	0,43	0,49	1			
sv7	0,69	0,52	0,53	0,40	0,48	0,77	1		
sv8	0,38	0,47	0,50	0,40	0,42	0,44	0,42	1	
sv9	0,64	0,67	0,60	0,48	0,49	0,65	0,59	0,43	1

Alpha = 0,90

Spørgsmål/indikatorer:

Sv1: At supervision indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen

Sv2: At jeg får konstruktiv feedback på mit udførte arbejde

Sv3: At jeg får den fornødne oplæring og vejledning i nye arbejdsopgaver

Sv4: At jeg får tildelt fagligt udviklende opgaver

Sv5: At jeg får støtte til at håndtere følelsesmæssigt belastende oplevelser

Sv6: At min nærmeste leder(e) prioriterer supervision af yngre læger

Sv7: At den øverste ledelse prioriterer supervision af yngre læger

Sv8: At det er tydeligt, hvad der forventes af mig



Sv9: At jeg bliver superviseret på en måde, der udvikler mig fagligt

Tabel g: Korrelationsmatrice over indikatorer i indekset for afbrydelser

	ab1	ab2	ab3	ab4	ab5	ab6
ab1	1					
ab2	0,58	1				
ab3	0,59	0,58	1			
ab4	0,53	0,53	0,70	1		
ab5	0,56	0,55	0,75	0,71	1	
ab6	0,42	0,44	0,55	0,60	0,59	1

Alpha=0,89

Ab1: At mit arbejde kunne tilrettelægges, så jeg oplevede færre afbrydelser

Ab2: At mit arbejde er tilrettelagt på en måde, der fører til unødvendige afbrydelser

Ab3: At afbrydelser tager tid fra mine lægefaglige arbejdsopgaver

Ab4: At afbrydelser går ud over fagligheden

Ab5: At afbrydelser går ud over min produktivitet

Ab6: At det er svært for mig at genvinde koncentrationen efter en afbrydelse

Tabel h: Korrelationsmatrice over indikatorer i indekset for ensomhed/alenehed

	al1	al2	al3	al4	al5	al6
al1	1					
al2	0,40	1				
al3	0,47	0,26	1			
al4	0,42	0,31	0,42	1		
al5	0,14	0,19	0,23	0,32	1	
al6	0,39	0,26	0,35	0,37	0,21	1

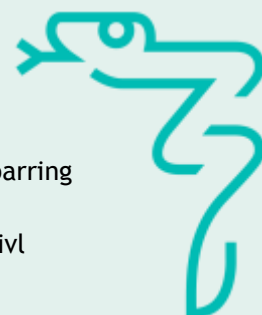
Alpha=0,65

Al1: At de andre læger støtter mig i fagligt udfordrende situationer

Al2: At jeg har én eller flere kollegaer, jeg kan være fortrolig med

Al3: At jeg står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor jeg har brug for sparring

Al4: At det påvirker min anseelse på arbejdspladsen negativt, hvis jeg giver udtryk for tvivl



Al5: At have en følelse af, at andre læger på samme uddannelsestrin er dygtigere end mig

Al6: At der er yngre læger på min arbejdsplads, som ikke er en del af det sociale fællesskab

OBJEKTIVT ELLER OPLEVET?

Undersøgelsen måler respondenternes oplevede arbejdsmiljø. Vi fastlægger altså ikke objektive indikatorer på, hvad godt arbejdsmiljø er på den enkelte arbejdsplads. Objektive og meget konkrete indikatorer har både fordele og ulemper. En klar fordel er, at de er meget målingsvalide, fordi man kan være ret sikker på, at alle besvarelser tager udgangspunkt i samme referenceramme. 2 timers overarbejde er 2 timers overarbejde.

En svaghed ved flere tidligere undersøgelser, eksempelvis for Akademikerne eller Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, er, at mange indikatorer ikke er helt rammende for Yngre Lægers medlemsgruppe. Det samme mismatch kan opstå på tværs af Yngre Lægers medlemsgrupper, også selvom indikatorerne er udviklet og målrettet yngre læger specifikt. Den konkrete fortolkning kan blive usikker, hvis der er store forskelle for respondenternes forudsætninger for besvarelsen. Der vil antagelsesvis være stor forskel på eksempelvis akutafdelinger og afdelinger med planlagt ortopædkirurgi, hvad angår antallet af afbrydelser og muligheden for at tilrettelægge arbejdet for at minimere disse. For at finde fællesmængden mellem disse to eksempler, er det mere formålstjenesteligt at tage udgangspunkt i en *oplevelse* af forstyrrelser og tilrettelæggelsesmuligheder. Akutmedicineren og ortopædkirurgen kan opleve det samme "objektive" antal afbrydelser, men vil i forskelligt omfang opleve dem som forstyrrende og unødvendige.

Formuleringen af spørgsmål følger en række bredt anerkendte standarder for udformningen af spørgeskemaer:

- Ingen negationer
- Ingen definitionsafhængige begreber i formuleringerne
- Så få præmisser i spørgsmålsformuleringen som muligt
- Fokus på målingsvaliditet (sammenhæng mellem spørgsmål og det begreb, man ønsker at måle)
- Variation af positive og negative udsagn (folk er systematisk mest tilbøjelige til at erklære sig enige)
- Teoretisk og kvalitativ informeret afgrænsning (undersøgelse af, hvad der er de vigtigste dimensioner at undersøge, og hvordan mulige respondenter opfatter og tolker spørgsmål/emner).

For **svarskalaerne** betyder det, at vi anvender en såkaldt Likert-skaleren (fra "I meget høj grad" til "I meget lav grad"). Skalaen er symmetrisk, således at hvert positiv svarkategori afspejles af en identisk/ligeså stærk negativ svarkategori. Der er medtaget en "ved ikke"-kategori for at kunne sondre mellem denne type besvarelser og evt. en midter-kategori (hverken/eller). Der er lige langt mellem hvert skalapunkt og fem skalapunkter i alt. Når disse forudsætninger er opfyldt, kan målene statistisk behandles som intervalskaleret (som om de var på en 1-10-skala).

For kontrolvariablene betyder det, at vi kun kontrollerer for det mest nødvendige.

For operationaliseringen af de uafhængige variable (se nedenfor) betyder det, at de baseres på og informeres af tidligere gennemført undersøgelser. Dette omfatter tidligere undersøgelser i YL-regi ([Psykiatriundersøgelsen 2018](#), [Almen Medicin-undersøgelserne 2018](#) og [Arbejdsmiljøundersøgelsen 2012](#)) og undersøgelser fra [AC \(2014-2015\)](#).

I opsætningen af spørgeskemaet randomiseres rækkefølgen af indikatorer for hvert tema for at udelukke, at rækkefølgen påvirker svarangivelsen systematisk, således at nogle spørgsmål konsistent bliver farvet af tidligere svarafgivelser. De afhængige variable placeres dog altid til sidst.

VARIABLE

De uafhængige - eller forklarende - variable er overordnet set de fire udvalgte emner, som vi antager påvirker yngre lægers arbejdsmiljø, deres oplevede stress samt patientsikkerheden og behandlingskvaliteten.

De udvalgte temaer er alle fire en type begreber, der kun vanskeligt lader sig måle ved ét eller få spørgsmål. Måler man ensomhed ved et enkelt spørgsmål, får man ikke et målingsvalidt estimat på den virkelige ensomhed blandt yngre læger, fordi ensomhed/alenehed kan komme til udtryk på mange forskellige måder.

Den mest oplagte måde at måle den slags sammensatte og flerfacetterede begreber på er ved hjælp af indeksvariable. I et indeks lader man flere forskellige indikatorer/spørgsmål generere en samlet værdi for begrebet og bliver på den måde mere sikker på, at man får et validt mål, der rent faktisk afdækker dimensionerne af begrebet.

Derfor er der for hver af de fire temaer konstrueret et indeks. Indikatorerne og spørgsmålene i hvert indeks er udvalgt på baggrund af tidligere undersøgelser og på baggrund af intern viden fra Yngre Lægers sekretariat fra de konsulenter, der har ekspertviden om medlemmernes arbejds- og uddannelsesmiljø.

Det kan måske undre, at stress ikke placeres som en uafhængig variabel og måles på lige fod med travlhed. Stress er imidlertid noget andet end blot travlhed. Vores antagelse er, at årsagen til stress hyppigst findes i mere end én kategori, og at travlhed oftest blot vil være én bidragende faktor til oplevelsen af stress.

Udover at travlhed og stress som nævnt ikke er synonymer, er det værd at nævne yderligere én vigtig årsag til, at stress er søgt separeret fra travlhed. Det drejer sig nemlig om anvendelsen og tolkningen af [travlhedsvariablen](#). Her er valget, at travlhedsvariablen primært omhandler forholdet mellem mængden/belastningen af arbejdsopgaver og tiden/muligheden for at udføre dem, hvor stress altså som nævnt er en teoretisk anderledes størrelse. Vurderingen er, at man opnår den mest stringente operationalisering ved at udelukke forhold vedrørende stress.

Stressvariablen er skaleret på samme måde som de uafhængige variable/indikatorer. Dette skyldes, at årsagssammenhængen mellem de uafhængige variable og "stress" antages at kunne gå begge veje. Følelsen af ensomhed og oplevelsen af at blive afbrudt unødvendigt antages at lede til et forhøjet stressniveau. Men

det er også rimeligt at antage, at hvis man i forvejen (og måske af andre årsager) er stresset, vil ensomheden og afbrydelserne opleves mere markant.

For alle de uafhængige variable gælder det som nævnt, at spørgsmålsformuleringen er holdt på generelt et plan, at det rammer alle yngre læger - uafhængigt af arbejdsplads, funktion og (så vidt muligt) uddannelsestrin. Håbet er dermed, at de fire indeks kan bruges til at give et fingerpeg om tilstanden på fire vigtige temaer for Yngre Læger.

OPERATIONALISERING AF ENSOMHED/ALENEHED

Ensomhed og alenehed bruges synonym i denne undersøgelsessammenhæng, selvom det analytisk og teoretisk er to forskelligartede begreber. Ensomhed er - som stress - et sammensat begreb med en række forskellige årsager. Begrebet er derfor operationaliseret og gjort målbart ud fra en antagelse om, at det vil være følelsen af at "stå" eller "være" *alene* med arbejdsopgaver, beslutninger og ansvar, der er mest rammende for yngre læger. Nedenstående skema præsenterer indikatorspørgsmålene for alenehed:

Begreb	Indikatorer	Skala
Ensomhed/alenehed	At de andre læger på afdelingen støtter mig i fagligt udfordrende situationer At jeg har én eller flere kollegaer, jeg kan være fortrolig med At jeg står alene med lægefaglige beslutninger i situationer, hvor jeg har brug for sparring At det påvirker min anseelse på arbejdspladsen negativt, hvis jeg giver udtryk for tvivl At have en følelse af at andre læger på samme uddannelsestrin er dygtigere end mig At der er yngre læger på min arbejdsplads, som ikke er en del af det sociale fællesskab	1-5 I meget lav grad/i lav grad/i nogen grad/i høj grad/i meget høj grad/ved ikke

Fra tidligere undersøgelser og fra afholdte supervisions-, stressgrupper mv. ved Yngre Læger, at alenehed blandt medlemmerne ofte manifesterer sig i en følelse af, at det er "hver mand for sig selv" blandt lægerne på afdelingen. Man oplever eksempelvis manglende støtte i fagligt udfordrende situationer og er bange for at spørge om hjælp i tvivlssituationer, fordi man frygter, at dette udtryk for tvivl vil påvirke ens anseelse negativt blandt de øvrige læger på afdelingen. Man kan have en ubegrundet frygt for, at tvivlsspørgsmål vil blotlægge huller i fagligheden, og af samme årsag vil følelsen af alenehed ofte være koblet til en følelse af, at de andre yngre læger nok er dygtigere end én selv - og deraf en følelse af utilstrækkelighed. For at holde begrebet rent er spørgsmål vedrørende mobning og omgangstone derfor også udeladt, fordi de begrebsmæssigt også vil måle andre forhold end følelsen af alenehed.

Det er ud fra disse overvejelser, at begrebet alenehed er operationaliseret og afgrænset. Igen er der fokus på den *oplevede* ensomhed/alenehed og *ikke* objektive indikatorer på begrebet, der særligt for dette tema kan være svære at gøre universelt gyldige på tværs af medlemskategorier. På mange lægelige arbejdspladser vil det være et vilkår, at man bruger meget tid alene i løbet af en arbejdsdag, uden at det nødvendigvis påvirker arbejdsmiljøet negativt. Det er derimod *følelsen* af at være fagligt og socialt alene, der vurderes at være kritisk for arbejdsmiljøet.

OPERATIONALISERING AF TRAVLHED

Det vigtigste hensyn ved operationaliseringen og definitionen af travlhed er, at målet bliver et udtryk for mismatch mellem arbejdstid og ressourcer på den ene side og mængden/omfanget af arbejdsopgaver på den anden side.

Begreb	Indikatorer	Skala
Travlhed/arbejdspres/pauser	At jeg har den fornødne tid til mine arbejdsopgaver At jeg skærer ned på mine pauser for at nå arbejdsopgaverne At jeg har mulighed for at løse mine arbejdsopgaver på faglig tilfredsstillende vis At bemandingen på mit arbejde passer til antallet og typen af arbejdsopgaver At udføre arbejdsopgaver der burde varetages af andre faggrupper At det er nødvendigt at arbejde over for at indfri forventningerne til min opgaveløsning At jeg har svært ved at nå mine lægefaglige opgaver på grund af problemer med IT-systemer At mit arbejdstempo er for højt	1-5 I meget lav grad/i lav grad/i nogen grad/i høj grad/i meget høj grad/ved ikke

Vi ved fra tidligere kvalitative og kvantitative undersøgelser (se tidligere henvisninger til Yngre Lægers tidligere undersøgelser eller se oversigt [her](#)), at u hensigtsmæssige fagglidninger og besværlige IT-systemer tager tid fra lægernes kerneopgaver og bidrager til en overordnet følelse af travlhed. Dertil kommer, at bemandingen på arbejdspladsen spiller en stor rolle ift. hvilke og hvor mange opgaver, man som yngre læge skal varetage. Det har ligeledes tidligere været beskrevet, at man som læge kan opleve, at arbejdsopgaverne i en fuldtidsstilling sjældent kan varetages indenfor de normale 37 timer, og at overarbejde derfor er en nødvendighed. Slutteligt hænger følelsen af travlhed sammen med muligheden for at afslutte arbejdsopgaver på tilfredsstillende vis og et (for) højt arbejdstempo. Slutteligt er afholdelsen af pauser en vigtig indikator.

OPERATIONALISERING AF AFBRYDELSER

Afbrydelser vil for mange læger være et vilkår givet arbejdets karakter. Derfor er der i denne kategori fokus på at afgrænse begrebet og målingen heraf til de afbrydelser, der dels er forstyrrende (ved at måle deres omkostninger) og dels kunne være undgået ved bedre arbejdstilrettelæggelse (ved at måle graden af (u)nødvendighed):

Begreb	Indikatorer	Skala
Afbrydelser	At mit arbejde kunne tilrettelægges, så jeg oplevede færre afbrydelser At mit arbejde er tilrettelagt på en måde, der fører til unødvendige afbrydelser At afbrydelser tager tid fra mine lægefaglige arbejdsopgaver At afbrydelser går ud over fagligheden At afbrydelser går ud over min produktivitet At det er svært for mig at genvinde koncentrationen efter en afbrydelse	1-5 I meget lav grad/i lav grad/i nogen grad/i høj grad/i meget høj grad/ved ikke

I operationaliseringen af begrebet sondres der mellem tilrettelæggelse og konsekvens/omkostning. Spørgsmål 1-2 vedrører forudsætningen for afbrydelserne, nemlig om de er unødvendige, og om de kunne være undgået ved anderledes planlægning. De sidste fire vedrører konsekvenserne af afbrydelser, som var en vigtig del af de oprindelige intentioner med at sætte fokus på temaet.

OPERATIONALISERING AF SUPERVISION OG LEDELSE

For at gøre målet så konsistent som muligt, er temaet operationaliseret som den ledelsesmæssige tilrettelæggelse af arbejdet med hensyn til muligheden for faglig udvikling og prioriteringen af supervision og uddannelse i dagligdagen. Begrebet og operationaliseringen er inspireret af Yngre Lægers psykiatriundersøgelse fra 2018, der klart viste, at der eksisterer et tæt forhold imellem faglige udfoldelsesmuligheder samt uddannelses- og supervisionshensyn i arbejdstilrettelæggelsen.

Nedenfor ses et skema over undersøgelsens spørgsmål vedrørende "Supervision & ledelse":

Begreb	Indikatorer	Skala
Supervision & ledelse	At supervision indgår som en fast del af arbejdstilrettelæggelsen At jeg får konstruktiv feedback på mit udførte arbejde At jeg får den fornødne oplæring og vejledning i nye arbejdsopgaver At jeg får tildelt fagligt udviklende opgaver At jeg har mulighed for at bearbejde følelsesmæssigt belastende oplevelser At min nærmeste ledelse prioriterer supervision af yngre læger At den øverste ledelse prioriterer supervision af yngre læger	1-5 I meget lav grad/i lav grad/i nogen grad/i høj grad/i meget høj grad/ved ikke

	At det er tydeligt, hvad der forventes af mig	
	At jeg bliver superviseret på en måde, der udvikler mig fagligt	

Der sondres imellem feedback og supervision, samt om denne er fagligt udviklende og konstruktiv, ligesom der sondres mellem udført arbejde og oplæring i nye opgaver. Ligeledes sondres der imellem nærmeste og øverste ledelse, fordi vi fra tidligere undersøgelser ved, at disse får forskellige vurderinger (eksempelvis i psykiatriundersøgelsen, men også i AC-undersøgelserne). Der er tilføjet en dimension vedrørende debriefing/defusing efter følelsesmæssigt belastende situationer, fordi denne vurderes at være vigtig og relateret til supervisionsbegrebet.

