



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet

## **Hvor har det blitt av gutta på medisinstudiet?**

En spørreundersøkelse av gymnaskull sine holdninger til å søke opptak på profesjonsstudiet i medisin

Vilde Marie Nyheim

Masteroppgave i medisin. MED-3950-1. Juni 2021

# Innholdsfortegnelse

1	Sammen drag .....	1
2	Bakgrunn for oppgaven.....	2
2.1	Kjønnforskjeller i arbeidslivet og utdanningsvalg .....	2
2.1.1	Arbeidsmarkedet.....	2
2.1.2	Utdanningsvalg .....	4
2.2	Kjønnskvotering av menn til medisinstudiet .....	6
2.3	Søkertall fra Samordna opptak.....	6
2.3.1	Figur 1 .....	7
2.3.2	Figur 2.....	8
2.4	Problemstillinger knyttet til et kjønnsdelt arbeidsmarked blant leger .....	9
2.5	Definering av forskningsspørsmålet .....	13
3	Metode .....	13
3.1	Valg av metode .....	13
3.2	Spørreskjemaundersøkelsen.....	14
3.3	Bakgrunnsopplysninger .....	15
3.4	Konstrukt.....	15
3.5	Statistisk analyse.....	17
4	Resultater .....	18
4.1	Resultater fra spørreskjema.....	18
4.1.1	Bakgrunnsopplysninger .....	18
4.1.2	Konstrukt 1.....	19
4.1.3	Konstrukt 2.....	21
4.1.4	Konstrukt 3.....	23
4.2	Statistisk analyse.....	24
5	Diskusjon .....	27
5.1	Bakgrunnsopplysninger .....	27

5.2	Resultatene fra statistiske analyser .....	27
5.2.1	Mestringsforventninger.....	28
5.2.2	Motivasjon .....	28
5.2.3	Relativ kostnad.....	28
5.2.4	Nytteverdi .....	29
5.2.5	Interesseverdi .....	29
5.3	Metodevalg og utførelse .....	30
5.3.1	Litteratur .....	31
5.4	Hva kan undersøkelsen bidra til? .....	31
6	Konklusjon.....	33
	Vedlegg.....	34
7	GRADE.....	34
	Referanseliste .....	1

## Figurliste

Figur 1 – Førstevalgssøkere medisinstudiet i Norge 1999-2019 .....	7
Figur 2 – Mannlige medisinstudenter fordelt på utdanningssted i Norge fra år 2015-2019.....	8
Figur 3 - bakgrunnsopplysninger .....	19
Figur 4 - mestringsforventninger .....	20
Figur 5 - motivasjon.....	21
Figur 6 - Relativ kostnad.....	21
Figur 7 - nytteverdi; holdninger til framtidig jobb.....	22
Figur 8 - nytteverdi; holdninger til legeyrket.....	23
Figur 9 - interesseverdi .....	24
Figur 10 - logistisk regresjon .....	25

## Forord

Institutt for samfunnsmedisin søkte etter femteårs medisinstudenter til å skrive sin masteroppgave omkring opptak på medisinstudiet. Jeg tok kontakt med Katrine Wennevold som ble min veileder, og vi drøftet ulike temaer for oppgaveskriving. Vi fant ut at det ville være interessant å undersøke årsaken til at det har blitt så få gutter på medisinstudiet. Det var slik vi kom på tittelen; «hvor har det blitt av gutta på medisinstudiet». Vi antok at det fantes lite litteratur på dette temaet og at man burde undersøke problemstillingen på andre måter enn ved en litteraturstudie. Vi tenkte derfor at det ville være interessant å gjøre en spørreundersøkelse. Videre vurderte vi enten mannlige medisinstudenter eller videregående skoleelever som vårt utvalg. Etter å ha gjort noe research fant jeg ut at det store spørsmålet på problemstillingen er hvorfor ikke flere gutter søker seg til medisinstudiet? Er det for eksempel fordi de ikke er flinke nok eller ikke har interessen for faget? Det virket mer naturlig å intervjuer gymnaskull heller enn mannlige medisinstudenter hvis man skulle få noen svar på disse spørsmålene. Det har vært veldig interessant å arbeide med dette prosjektet og prosessen med å lage et spørreskjema. Jeg setter stor pris på hjelpen jeg har fått fra min veileder Katrine Wennevold til å komme i mål med dette prosjektet!

Tromsø 12.05.2021

Vilde Marie Nyheim.

# 1 Sammendrag

Det har særlig de siste tiår blitt flere kvinnelige medisinstudenter i Norge, samtidig som at det har blitt færre menn på studiet. Vi begynner å se konsekvensene av dette blant legebekstanden i Norge der medisinfaget begynner å bli kvinnedominert. I framtiden vil dette kunne presentere utfordringer for pasienter som ønsker å møte en lege av samme kjønn, og for å få nødvendig bemanning innenfor de spesialitetene der det ikke viser seg å være like attraktivt for kvinner å arbeide.

Da man ser at det har blitt færre menn som søker på medisinstudiet, har man stilt spørsmålsteget til hvorfor det har blitt slik. Det er oppe til diskusjon om man skal begynne å kvotere inn menn på medisinstudiet i Norge. I den forbindelse fant vi det interessant å gjennomføre en spørreundersøkelse av gymnaskull sine holdninger til å søke opptak på medisinstudiet. Vi gjennomførte en elektronisk spørreskjemaundersøkelse av videregående skoleelever ved tre skoler i Tromsø. Vi fikk inn svar fra 196 personer, noe som tilsvarer en svarprosent på ca. 14%.

Resultatene våre viste at kvinnene i vår undersøkelse hadde høyere interesse for det å skulle studere til å bli lege og det å jobbe som lege enn mennene, og at mennene heller ville jobbe med andre ting enn med mennesker. Gjennomgang av litteratur og tall fra Samordna opptak viste også at de mennene som søker på medisinstudiet i Norge i stor grad er kvalifiserte nok for inntakskravene, og at mennenes kvalifikasjoner ikke tenkes å være en årsak til lave søkertall.

## 2 Bakgrunn for oppgaven

### 2.1 Kjønnforskjeller i arbeidslivet og utdanningsvalg

#### 2.1.1 Arbeidsmarkedet

Statistikk fra Barne,- ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) viser at omtrent 30% av alle sysselsatte i Norge jobber i offentlig sektor, og 70% av de ansatte i offentlig sektor er kvinner (1). Derimot ser man at blant sysselsatte menn så er omtrent 82% ansatt i privat sektor. Samtidig er antallet kvinner som jobber i privat sektor nesten like høyt som antallet kvinner som jobber i offentlig sektor. (1). Norges største næring er helse- og sosialtjenester, og 8 av 10 som jobber i denne sektoren er kvinner. Analyser av yrker og arbeidsmarked viser at flere kvinner velger tidligere mannsdominerte yrker (1). Dessverre ser man ikke at menn har samme tendens til å velge kvinnedominerte yrker (1). I en artikkel fra 2018 som ble publisert i tidsskriftet *International Labour Review* beskrives det at arbeidsmarkedet de siste tiårene er preget av en dramatisk økning blant kvinnelige arbeidstakere (2). Den samme artikkelen fremstiller ulike lands arbeidsmarked opp mot hverandre og viser til at Norge er et av landene der arbeidsmarkedets forhold er optimale for både menn og kvinner (2). Utdanning er også en viktig pådriver til økte jobbmuligheter for kvinner, og kvinner har i de fleste Europeiske land forbigått menn i utdanningsnivå, men det er fortsatt store forskjeller i valg av studieretning (2).

En artikkel publisert i tidsskriftet *Journal of Labour Economics* fra 1985 viser til at arbeidskraften blant gifte kvinner i vestlige land har økt betraktelig - hovedsakelig blant eldre kvinner - men i senere år også blant yngre kvinner med små barn (3). Dette forklares å skyldes både på grunn av positiv økonomisk utvikling og tilgang på barnehager og barnepass i vestlige land (3). Artikkelen trekker også frem at kvinner ikke tjener like mye som mennene i samme stilling, og at kvinners lønn i større grad påvirkes av de forpliktelser i hjemmet slik at kvinner ikke kan bidra i samme grad som menn når det gjelder å jobbe utenfor normal arbeidstid (3). Et eksempel på dette kan hentes fra medisinfaget der man ser at selv om det har blitt en økende andel kvinnelige arbeidstakere, så er andelen kvinnelige leger underrepresentert i stillinger høyere opp i systemet og i de spesialitetene som er mest prestisjefylte (4). Hvis vi ser videre på sysselsettingen i medisinske yrker i Norge viser tall fra

2020 at 20,3% menn var ansatt i medisinske yrker i motsetning til en andel på 80,2% kvinner i de samme yrkene (1). Historisk sett har medisinfaget vært sett på som et yrke forbeholdt menn på grunn av lange arbeidsdager og høy vaktbelastning da dette ikke ville være forenelig med familieliv (4). Derimot i de fleste øst-Europeiske land har medisin lenge vært sett på som et kvinneyrke (5). I Russland for eksempel er det nesten kun kvinnelige leger, og det beskrives i en artikkel at kvinnelige leger her får mindre betalt og at det ikke er særlig høy status å være lege i landet (6). I tidsskriftet *Academic Psychiatry* beskrives det i en artikkel at man forventer at legebestanden innen år 2040 vil bestå av omtrent 50% kvinnelige leger i USA (7). I 1997 derimot bestod legebestanden i USA av 22% kvinnelige leger (7).

I Norge ser vi at velferdsutviklingen i samfunnet har gjort til at oppgaver innenfor helse og omsorg – som tidligere ble utført av kvinner i hjemme – nå ligger under det offentlig, og at kvinnene dominerer i denne sektoren (8). Kvinners valg innenfor yrkesliv forklares ved at de velger yrker som gir lite økonomisk tap ved permisjoner eksempelvis, noe som henger sammen med hvordan en løser forholdet mellom jobb og oppgaver i hjemmet (8). Man ser for eksempel at Norge er et av landene med høyest insidens av deltidsansatte kvinner, og i år 2000 jobbet 43% av norske kvinner deltid (4). Innen medisinfaget ser man blant annet at kvinner langt oftere enn menn er opptatt av hvordan en skal balansere karrierevalg i yrkeslivet med familielivet og foreldrerollen (7, 9, 10). En studie fra USA gjennomført i 1996 viste at 85% av kvinnelige leger tok karrierevalg som tok hensyn til deres barn og familieliv, i motsetning til mannlige leger der kun 35% av legene gjorde karrierevalg av samme hensyn (7). En norsk studie av norske leger som startet å arbeide i perioden 1980-1983 viste at kvinner – oftere enn menn – vurderte familiesituasjonen sin når de valgte videre spesialisering (4). En studie gjort i Nederland av leger innen fem ulike sykehusspesialiteter i år 2000 viste at mer enn 50% av legene i undersøkelsen ønsket å jobbe deltid framfor fulltid, og dette gjaldt både menn og kvinner (11). En artikkel fra Canada beskriver at kvinner jobber færre antall timer i uka, ser mindre pasienter, pensjonerer seg tidligere og spesialisierer seg oftere enn menn innen primærhelsetjenesten og psykiatrien, og sjeldnere i kirurgiske spesialiteter (12).

### 2.1.2 Utdanningsvalg

Når vi ser på statistikk over utdanningsvalg blant jenter og gutter i Norge ser vi at kjønnsforskjellene i stor grad gjenspeiler kjønnsfordelingen vi ser i arbeidsmarkedet. 90% av elevene på bygg- og anleggsteknikk, elektro, datateknologi, teknologi og industrifag er gutter, imens 80% av elevene på helse- og oppvekstfag, kunst, design, arkitektur, frisør og interiør er jenter (13). Støren og Arnesen sier at: *«Utdanningsvalg legger føringer på hvor kvinner og menn ender opp i arbeidsmarkedet og kan dermed bidra til å (re)produsere et kjønnsdelt arbeidsmarked samtidig som at når et yrke domineres av et kjønn kan det bidra til å (re)produsere kjønnede stereotypier og normer som kan legge føringer på hva slags jobber gutter og jenter opplever at de passer til. På denne måten kan kjønnsdelte utdanningsvalg og et kjønnsdelt arbeidsmarked bidra til å skape, forsterke og opprettholde hverandre»* (13).

Jenter er generelt i flertall på de studieforbredende programmene i videregående skole (14). I 1985 var det for første gang flere kvinner enn menn som tok høyere utdanning, og på 2000-tallets start utgjorde kvinner 60% av disse studentene (13). En masteroppgave fra handelshøyskolen BI viser til at kvinner i år 2020 har passert menn når det gjelder år i utdanning og grad av utdanning (15). Videre viser undersøkelser at sosial bakgrunn har betydning for ungdoms utdannings- og yrkesvalg, og man ser at ungdom med like karakterer men med ulik sosial bakgrunn tar ulike utdanningsvalg der de som kommer fra familier med lavere sosioøkonomisk status oftere velger yrkesfaglige retninger enn ungdom som kommer fra familier med høyere sosioøkonomisk status (13). Man ser også at ungdom med høyere sosial bakgrunn har tendens til å søke seg til høyere utdanning og mer prestisjefregede yrker for å unngå klassereise nedover. Siden tradisjonelle mannsdominerte yrker har høyere status enn tradisjonelle kvinnedominerte yrker vil jenter fra høyere sosial bakgrunn oftere velge kjønnsutradisjonelt enn gutter med høyere sosial bakgrunn (13, 16). Vi ser for eksempel innen medisinfaget – som har vært dominert av menn historisk sett – at det skjer en feminisering (17). Flere og flere kvinner starter på medisinstudiet, og man ser særlig tegn til dette i Norge, Storbritannia, USA, Canada og Australia (17). Man tenker seg at den framtidige legebefstanden vil domineres av kvinner i framtiden (18).



Empiri viser at unge i mindre grad nå enn tidligere velger samme utdannings- og yrkesvei som foreldrene, men det er fortsatt en positiv sammenheng der ungdom har en tendens til å velge det samme som mor eller far – både utdanningsnivå og utdanningsretning, og særlig når det gjelder realfagsutdannede foreldre og ungdom (8). Spesielt tydelig er dette på videregående skole der høyere realfagsutdanning hos foreldre sees sammen med høyt realfagsinnhold i fagvalget til eleven (8). Samtidig er det slik at selv om denne sammenhengen finnes så velger de fleste unge ikke den samme fag- og yrkesvei som foreldrene (8). Håvard Helland er sosiolog og forsker mye på sosial ulikhet i utdanning og arbeidsmarked. Han refererer til forskning som viser at barn av familier med lav sosioøkonomisk status har en tendens til å velge realfaglige og tekniske utdanninger, da særlig yrkesfag og anvendte fag som ingeniør og realfag muligens fordi hjemmet verdsetter praktiske, konkrete og anvendte kunnskaper (8). På den andre siden viser studier at ungdom fra hjem med høy sosioøkonomisk status oftere velger realfaglig fordypning på videregående, men sammenhengen finnes ikke ved senere utdanningsvalg (8). En kan muligens forklare det med at foreldrene til disse barna har bedre kjennskap til opptakssystemer og vilkårene for videre utdanning, og derfor råder barna til å sikre seg realfaglig kompetanse slik at de kan velge fritt etter endt videregående skole. Samtidig har man sett i forskningsprosjektet fra naturfagssenteret i Oslo at det hos mange unge med lav forventning om mestring vil være et hinder for å velge realfag (19). Forskning på elever sitt forhold til realfag tyder på at jenter generelt har lavere tiltro til egne prestasjoner innen realfag (20). Det er også vist at gutter generelt har høyere grad av mestringsforventning – de oppfatninger en person har til egne evner og de forventninger personen har til å lykkes med utdanningen - enn jenter (19).

I Norge ser man at identitet uttrykkes gjennom mange valg, og utdanningsvalg blir derfor også et identitetsvalg. Det handler for ungdommen blant annet om å velge noe som man mener vil passe for seg. En studie gjort av Kessels fant at jo bedre samsvar mellom hvordan elevene så seg selv og hvordan de ser stereotypen til faget, dess bedre liker de faget (8). En persons verdier vil også ha betydning for utdanningsvalg, og flere studier har vist at gutter generelt scorer lavere enn jenter på faktorer som handler om å arbeide med mennesker blant annet (8). Ungdomskulturer beskrives i litteratur å ha kjønns spesifikke uttrykk med spesifikke gutteroller og jenteroller, samt noen få roller som begge kjønnene kan ha (19).

Kjønnsmønstrene kan også forklares med hvordan samfunnets kjønns spesifikke normer er, og hvordan det leder en til å følge sin kjønnsidentitet (8). Et viktig spørsmål innunder dette punktet er om medisin faget har blitt mer jentete. Det er interessant ettersom legeyrket tradisjonelt har vært mannsdominert.

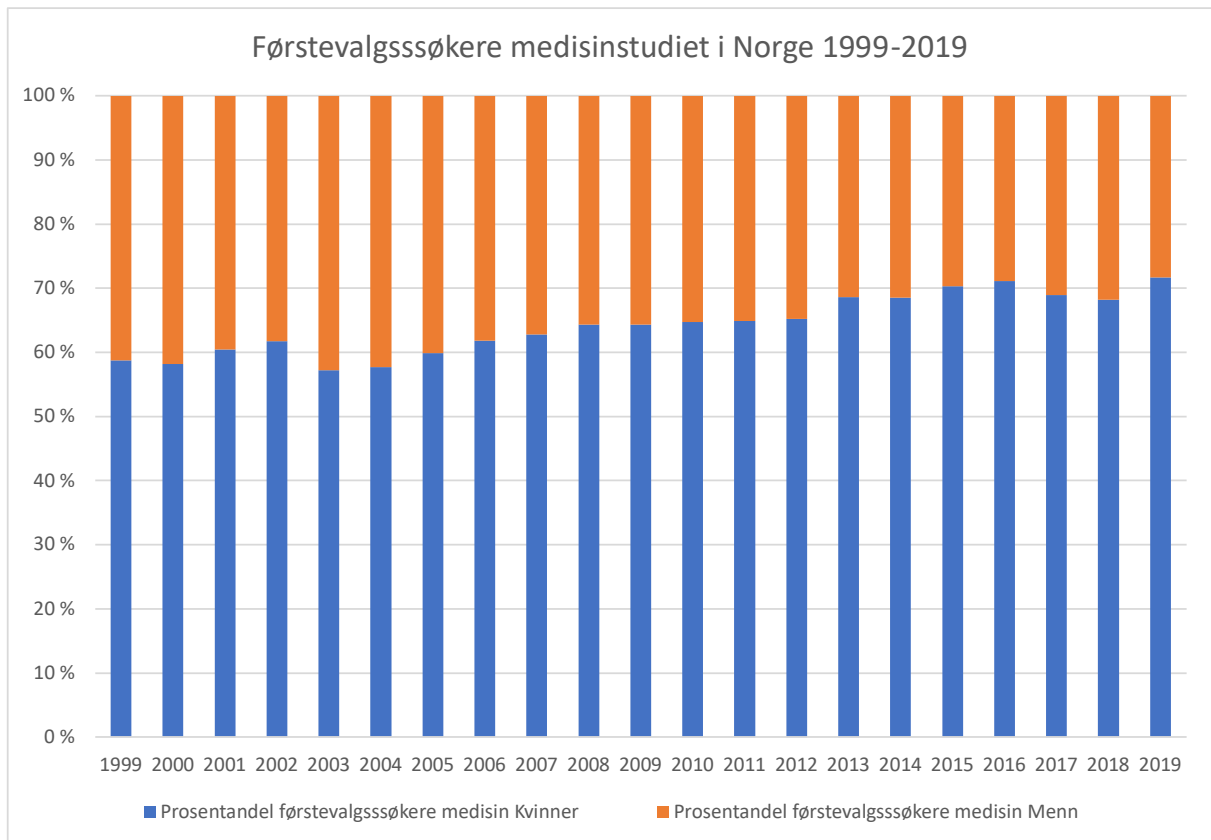
## **2.2 Kjønnskvotering av menn til medisinstudiet**

Medisin faget er i ferd med å bli kvinnedominert da andelen kvinner som studerer medisin ved de fire norske medisinske fakultetene har passert 70 prosent og fortsatt øker (21). I utlandet ser man den samme trenden, og i dag er ca. 60% av medisinstudentene kvinner i Nord-Amerika, Europa, Australia og Russland (18). Man ser også dette blant norske medisinstudenter i utlandet (21). Utviklingen har blitt mer synlig det siste tiåret, og man ser at andelen mannlige studenter som går første år medisin synker (21). Av den grunn har det vært oppe til diskusjon om man skulle starte kjønnskvotering av menn til medisinstudiet. Ved det menes at man gir menn en ekstra fordel ved opptak til studiet fordi man ønsker en bestemt fordeling mellom menn og kvinner (21). Legeforeningen har vedtatt på sitt landsstyre å anbefale kjønnskvotering til medisinstudiet, og ber videre Kunnskapsdepartementet og universitetene sørge for en jevnere kjønnsbalanse ved å innføre kjønnskvotering der andelen bør være minst 40 prosent av hvert kjønn (21). Kunnskapsdepartementet har i høring av forslag om endring i forskrift om opptak til høyere utdanning invitert norske medisinske fakultet til å diskutere sine synspunkter omkring kjønnskvotering og/eller kjønns poeng for underrepresenterte kjønn (22). Det betyr at det ennå er oppe til diskusjon hvilke virkemidler som er best for å forsøke å utjevne kjønnsbalansen mellom mannlige og kvinnelige medisinstudenter.

## **2.3 Søkertall fra Samordna opptak**

Søkertall fra Samordna opptak for de siste 20 år viser at prosentandelen menn på medisinstudiet i Norge avtar og prosentandelen kvinner øker, se figur 1.

### 2.3.1 Figur 1



Figur 1 – Førstevalgssøkere medisinstudiet i Norge 1999-2019

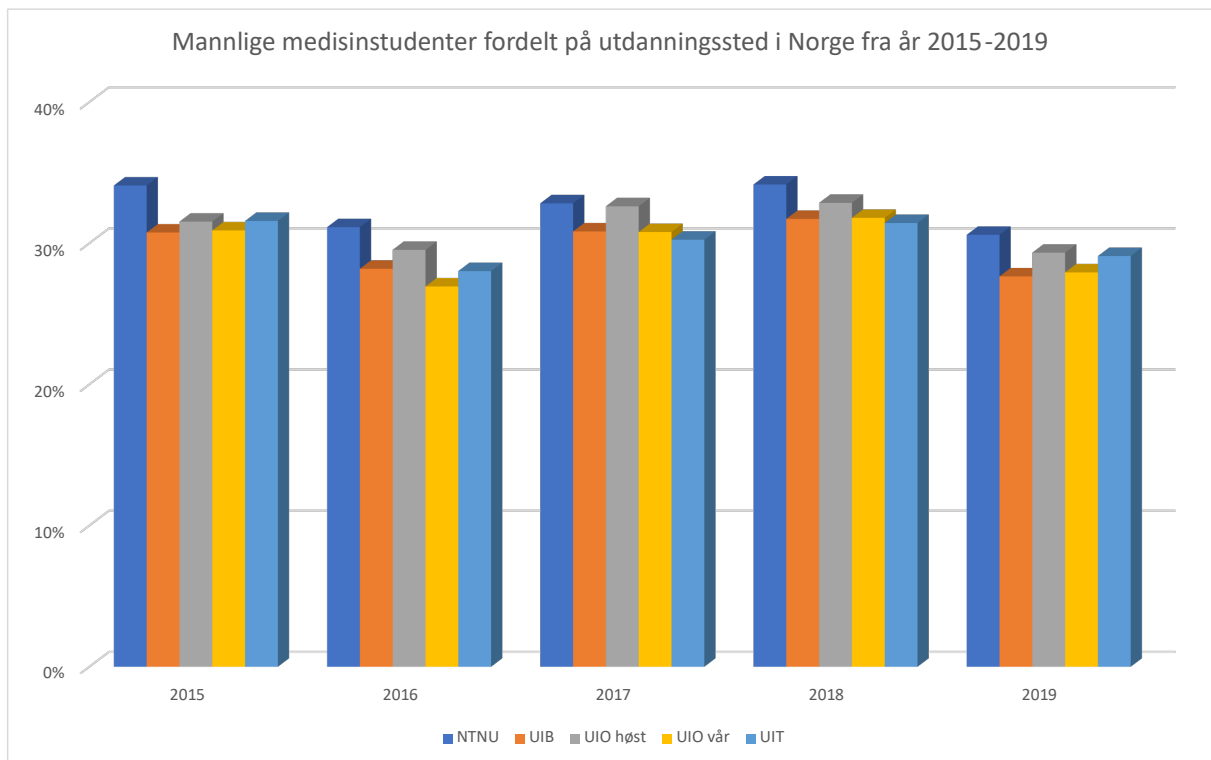
Figuren viser at prosentandelen mannlige medisinstudenter de siste 20 årene har avtatt gradvis, og for alle de ti siste årene ligger under 40%. Kvinneandelen derimot øker særlig fra 2009 til 2019. En artikkel i tidsskrift for kjønnsforskning viser til at det skjeve inntaket til utdanning innen medisin i liten grad dreier seg om karakterer, men heller om de interesser og preferanser som man har med seg fra videregående skole (14). Denne påstanden eksemplifiseres av at jenter har bedre karakterer enn gutter i grunnskolen i naturfag og matematikk, men at dette ikke fører til at flere jenter søker seg til utdanning innen naturfaglige- og matematiske fag (14, 23).

Den laveste prosentandelen menn finner vi i 2019 med 28,34%. Søkertall fra 2020 viser at i gjennomsnitt 85% av de som søker på medisinstudiet ved UiO, UiT, UIB og NTNU er kvalifiserte søkere for studiet. Tall fra 2020 viser også at i gjennomsnitt 16,9% av kvalifiserte kvinnelige førstevalgssøkere fikk tilbud om plass på medisinstudiet ved UiO, UiT, UIB og NTNU sammenlagt. Til sammenligning ser man i 2020 at prosentandelen kvalifiserte

førstevalgssøkere med tilbud om plass på medisinstudiene i Norge var 21,3% for menn. Andre artikler viser også til at guttene klarer seg godt med tanke på kvalifikasjoner i forhold til søkertallene til medisin (14).

I figur 2 kan vi se prosentandelen mannlige medisinstudenter fordelt på utdanningssted i Norge fra år 2015 til 2019.

### 2.3.2 Figur 2



Figur 2 – Mannlige medisinstudenter fordelt på utdanningssted i Norge fra år 2015-2019

Hvis man ser på poenggrenser for opptak med ordinærkvote førstegangsvitnemål så har NTNU høyeste gjennomsnittlige poenggrense fra 2015-2019 med 60,9 poeng, deretter Bergen (59 poeng) og Oslo (59 poeng) på andreplass og UiT sisteplass (58,7 poeng). I figur 2 ser vi også at det er flest mannlige medisinstudenter på NTNU, og at NTNU har høyest gjennomsnittlig poenggrense i år 2015 til 2019. Figuren viser at det ikke er en tydelig sammenheng mellom poenggrense for inntak og fordelingen av mannlige medisinstudenter på de fire norske medisinske fakultetene i perioden 2015-2019. I en artikkel fra tidsskrift for kjønnsforskning fra 2018 poengteres det at de kvinnedominerte fagene slik som medisin og

psykologi får høyere inntakskrav fordi det er færre studieplasser i forhold til antall søkere i de fagene som kvinner typisk søker til, og at dette derfor øker snittet (14). Det betyr at gutter som søker til kvinnedominerte fag må ha høyere karakterer for å komme inn i motsetning til om guttene søkte på tradisjonelle guttefag (14).

Det er ikke like enkelt å få en slik god oversikt over andelen medisinstudenter i utlandet som vi får fra Samordna opptak. Legeforeningens tall viser midlertidig at det er 82,1% norske statsborgere blant de yrkesaktive legene under 70 år per august 2020 - av disse medlemmene er 68,1% utdannet i Norge, og 31,9% er utdannet i utlandet (24). Blant de 17,7% yrkesaktive legene under 70 år som er utenlandske statsborgerne, er kun 5,9% utdannet i Norge (24). Ser man bort i fra statsborgerskap så er 44% av leger som arbeider i Norge utdannet i utlandet, der de fleste er utdannet i Polen (22%), dernest Tyskland, Ungarn, Danmark, Sverige, Slovakia, Tsjekkia, Irland, Russland, Serbia, Nederland, Romania, Storbritannia, Litauen og Latvia (24). Legeforeningen har statistikk som viser antall medlemmer i Norsk medisinstudentforening (Nmf). Statistikken viser at det per april 2021 er prosentandelen mannlige medlemmer av Nmf Norge på 28,7%, i motsetning til en prosentandel mannlige medlemmer av Nmf utland på 34,1%. Vi kan også finne statistikk over utenlandske medisinstudenter hvis en bruker tall fra Statens Lånekassen for utdanning. Legeforeningen har laget en oversikt over medisinstudenter som har mottatt økonomisk støtte til studiet fra 2019-2020. Hvis vi fordeler tallene på kjønn får vi at prosentandelen mannlige medisinstudenter i utlandet per 2019-2020 var 37,1% (24).

## **2.4 Problemstillinger knyttet til et kjønnsdelt arbeidsmarked blant leger**

Det er flere problemstillinger knyttet til at medisinfaget blir mer kvinnedominert. I flere vitenskapelige artikler beskrives det at det foregår et generasjonsskifte i medisinfaget. Generasjonsskiftet utgjøres både av tilførselen av nyutdannede yngre leger, samt tilførselen av en større andel kvinnelige leger (25). En studie fra England i 2006 gjennomførte eksplorative intervju av 54 leger der de undersøkte deres holdninger omkring dette generasjonsskiftet, og den yngre legegenerasjonen ble kalt Gen Xers og regnes som de født mellom 1965 og 1980,

imens den eldre legegenerasjonen ble kalt Baby Boomers og var født mellom 1945 og 1964 (25). Respondentene trakk særlig fram at den yngre legegenerasjonen og kvinnene i større grad er opptatt av fleksibilitet og autonomi i sitt arbeidsforhold (25). Respondentene i studien poengterte også at det i dag er mulig for kvinner å kombinere jobb og familieliv i medisin, og at dette også bidrar til den økte andelen kvinnelige leger. Samtidig svarte flere deltakere at ønske om å kombinere familieliv og karriere ikke bare var forbeholdt kvinner, de så også at mange yngre mannlige legekolleger uttrykte ønske om å arbeide mindre for å få mer tid til familie. Studien fant også at den yngre legegenerasjonen av kvinner og menn oppga å arbeide omtrent like mange timer per uke, men 21% av kvinnene og kun 3% av mennene mente at deres arbeidsforhold kom i konflikt med deres familieansvar. Dette tenkes å si noe om at kvinner og menn har ulike forventninger til seg selv og de forpliktelser og den tilstedeværelse en ønsker i hjemmet, men at både kvinner og menn som tilhører den yngre generasjon leger har andre ønsker for sitt arbeidsforhold som lege til sammenligning med den eldre legegenerasjon.

Andre artikler viser til at yngre kvinnelige leger vil jobbe mer deltid, gå av med pensjon tidligere, og se færre pasienter per dag slik at de får mer tid til privatliv (11, 12, 25). Kvinnelige leger i dag velger ikke lengre mellom karriere og familieliv, de ønsker begge deler, og imøtekommer dette med å tilpasse jobben etter familielivet (4, 25). Kvinner kan også tenkes å bruke lengre tid på studieløpet og spesialiseringsforløp ved at de tar permisjoner i forbindelse med svangerskap og barsel (12). I Norge har man også rettigheter på redusert arbeidstid på grunn av ammeferie og vaktfritak ved små barn og svangerskap. Norske kvinner har rett på 18 uker betalt foreldrepermisjon med 100% dekningsgrad, og senest i år 2019 økte fars del av rett til betalt foreldrepermisjon til 15 uker med 100% dekningsgrad, dette med et politisk ønske om å oppnå mer likestilling mellom mor og far. Det er også gjennomført studier på karrierevalg og familiehensyn hos de leger som jobber innen akademisk medisin. En studie gjort av medlemmer av The National Institutes of Health undersøkte hvordan arbeid innen akademisk medisin ble påvirket av familieliv og forskjellen blant kvinner og menn (26). Studien ble gjennomført i 2021 og forskerne fant at kvinner oftere enn menn ofret sin karriere ved å redusere antall arbeidstimer eller flytte på seg i forbindelse med jobb. 20% av de kvinnelige respondentene som var i et parforhold oppga at deres partners karriere var

viktigere enn deres egen i motsetning til at kun 2% av mennene mente det samme (26). Det vil altså bli flere konsekvenser av en feminisering innen medisinfaget. Det kan se ut til at det vil kreve flere arbeidstakere å dekke samme stilling, og det krever mye fleksibilitet fra arbeidsgiver å imøtekomme hver enkelt arbeidstakers ønske om redusert og fleksibel arbeidstid. Det vil i tillegg tenkes å bli flere vikariatstillinger i forbindelse med at kvinnelige arbeidstakere skal ut i permisjoner i lengre perioder i forbindelse med svangerskap og barsel.

En lege ved navn Brian McKinstry publiserte en artikkel i BMJ i 2008 som handler om at det er for mange kvinnelige medisinstudenter og leger (17). Han sier at det er negativt med for mange kvinnelige leger på samme måte som det har vært negativt med for mange mannlige leger i fortiden, da han mener at antallet menn og kvinner som starter på medisinstudiet bør reflektere kjønnsfordelingen i samfunnet forøvrig særlig da pasienter ofte ønsker å kunne gå til en lege av samme kjønn (17). Han har sin bakgrunn fra primærhelse og mener at feminiseringen av medisin vil få store økonomiske konsekvenser og konsekvenser for planlegging av arbeidskraften i allmenntilleggsmedisin spesielt. McKinstry beskriver at andelen menn er på tur ned og at andelen kvinner i allmennhelsetjenesten i Storbritannia øker. En annen artikkel viser til at andelen kvinnelige leger under 35 år i primærhelsetjenesten i Storbritannia er 54% (18). McKinstry mener at man kan få et stort problem i primærhelsetjenesten når mennene over 45 år skal begynne å pensjonere seg (17). Dette da man ser at de yngre kvinnene som er kommet inn i allmenntilleggsmedisin jobber mer deltid og pensjonerer seg tidligere, og de er også mindre villige til å jobbe utover normal arbeidstid (17). Samtidig er et annet problem med et slikt kjønnskifte at det vil bli tilgang på færre mannlige leger, og at det vil være vanskeligere for pasienter å skulle velge en lege av sitt eget kjønn (27). Dette har man også problematisert i USA der man ser at flere kvinner enn menn spesialiserer seg innenfor primærhelsetjenesten (27). Man tenker seg at en konsekvens kan være at dersom mennene ikke får tilgang på en mannlige lege så vil det kunne gjøre til at de sjeldnere oppsøker helsehjelp i førstelinjen (27). Det har også vært diskutert hvorvidt en feminisering av medisinen vil trekke ned statusen på legeyrket, eksemplifisert med at det er lav status å være lege i Russland og Estland der de fleste legene er kvinner (27). Det illustreres i samme artikkel at kvinner generelt krever lavere lønninger enn menn i samme stilling og dette vil påvirke lønnsnivået til legene negativt (27).

På verdensbasis ser man at kvinner oftere spesialisere seg innen allmennmedisin og psykiatri, og sjeldnere innen kirurgi og indremedisin (18). Man tenker seg at dette i framtiden kan virke negativt med tanke på spesialiseringen av nye leger. En artikkel trekker frem at det er utfordrende for kvinner å spesialisere seg innen kirurgi dersom de skal ha barn, og at kvinner som skal kombinere kirurgi og småbarnsliv er avhengige av fleksibel arbeidstid, hjelp til utvidet barnepasstjenester samt støttende kollegaer og mentorer (18). Dette vil kreve at hver enkelt arbeidsplass i framtiden vil måtte gjøre endringer i arbeidsforholdet for å imøtekomme framtidens kvinnelige legers ønske om karriere og familieliv (17, 18). En artikkel publisert i The Independent i London beskriver et intervju med Professor Carol Black som er president i The Royal College of Physicians i England (6). Hun poengterer at kvinner sjeldnere spesialisere seg innen indremedisin og kirurgi og mener at dersom kvinner skal kunne bli spesialister i disse feltene så må de delta i de aktivitetene som kreves i spesialistløpet, og det må man tilrettelegge for.

En studie ble gjennomført i Norge i 2011 av medisinstudenter og deres holdninger til valg av fremtidig spesialitet ved de fire medisinske fakultetene i Norge, og resultatene fra studien viste at de mannlige studentene oftere oppga ønske om å jobbe innenfor kirurgi og anestesi/akuttmedisin, imens kvinnene var mer interessert i allmennmedisin (28). Studien fant at interessen for fagområdet, mye pasientkontakt og variert arbeidshverdag var de viktigste faktorene for valg av spesialitet blant studentene. Derimot var høyere lønn det laveste kriteriet for valg av spesialitet blant medisinstudentene. De som ønsket å velge allmennmedisin trakk fram at det var viktig med regulert arbeidstid og lite vaktarbeid, imens de som ønsket en sykehusspesialitet var mer opptatt av karriere og forskning. Studien viser til at studentene påvirkes av ambisjoner og prestisje på en side og hensyn til familie og livsstil på den andre (28, 29). Det vil altså kunne bli problematisk i framtiden om de fleste kvinnelige legene ønsker seg innenfor samme spesialitet og samtidig velger bort sykehusspesialitetene. Forskningen viser altså til at man er avhengig av å få utdannet en god andel menn også for å sikre arbeidstakere i sykehusspesialitetene som kvinnene ikke ønsker seg til. Man vil samtidig også trenge flere menn i allmennhelsetjenesten og i psykiatrien for at disse spesialitetene ikke skal bli helt kvinnedominerte. Det vil være økt behov for flere leger som ønsker å jobbe lange dager utover normal arbeidstid samt være positive til høyere vaktbelastning for at



arbeidsplassen skal gå rundt. For studiemiljøet på medisinstudiet kan man også tenke seg at det vil være viktig at andelen mannlige studenter ikke synker ytterligere. Det kan tenkes at en veldig skjev kjønnssegregering på studiet kan virke forsterkende på rekrutteringen til studiet ved at medisinfaget blir mer «jentete» og at dette skaper en barriere for gutter å søke seg til studiet.

## 2.5 Definerings av forskningsspørsmålet

Utgangspunktet for oppgaven var å finne ut omkring hvorfor det har blitt så få menn som søker på medisinstudiet. Neste steg var å definere forskningsspørsmålet og vi måtte tenke ut hvilken del av befolkningen vi skulle forske på, og vurderte da både gymnaskull og mannlige medisinstudenter. Siden man er i den prosess at man begynner å søke opptak til høyere utdanning på gymnaset, tenkte vi at det ville være mest interessant å forske på videregående skole-elever. Flere artikler som omhandlet dette temaet poengterte at kjønnssegregeringen på studiet ikke skyldtes at mennene som søkte hadde for dårlige karakterer, men at andelen menn som søkte på studiet var gått ned over flere år. Dokumentasjonen og diskusjonen bak denne påstanden manglet i flere artikler, og det gjorde til at vi ønsket å undersøke også dette ytterligere.

Videre var målet med oppgaven å finne ut *hvorfor* det har blitt så få mannlige søkere til medisinstudiet i Norge. På bakgrunn av det som er beskrevet over formulerte vi disse forskningsspørsmålene:

1. «Hvilke holdninger har elever i videregående skole til å søke opptak på medisinstudiet?»
2. «Er mennene som søker på medisinstudiet dårligere kvalifiserte enn kvinnene?»

## 3 Metode

### 3.1 Valg av metode

I prosessen med å komme nærmere å skulle svare på forskningsspørsmålet vurderte vi å gjøre oppgaven til en litteraturstudie eller en spørreundersøkelse. Vi la raskt fra oss ideen om en litteraturstudie da det var lite litteratur som kunne relateres til vår problemstilling.

I prosessen med å lage spørreskjema tok jeg kontakt med tre mannlige elever på videregående skole via mail. Jeg fikk mail-adressen og samtykke til å sende de mail via en bekjent som gikk i samme klasse. Jeg informerte litt om oppgaven og dens formål, samtidig som jeg stilte disse spørsmålene:

- Hvorfor tror du det har blitt færre gutter som søker seg inn på medisinstudiet?
- Hvis man sier at guttene som søker har like gode karakterer som jentene, men at det er mye færre gutter enn jenter som søker, hva tror du årsaken til det kan være?
- Hvorfor tror du så mange jenter søker på medisinstudiet?
- Hva tror du konsekvensene kan bli?
- Har du noen forslag til noe man kan gjøre for å få flere gutter til å søke?
- Har du noen ideer om måter man kan forsøke å rekruttere gutter på?

Ved å stille spørsmål på forhånd ville jeg sikre at jeg fikk ideer til tema som kunne belyses i spørreskjemaet. Jeg tenkte at det kunne gi meg større innsikt i elevenes perspektiv omkring problemstillingen hvis jeg stilte disse åpne spørsmålene før jeg laget spørreskjemaet.

Jeg fikk kun svar hos en gutt. Han svarte at han trodde at gutter som ikke søker seg til studiespesialisering, heller søker til linjer som elektro og bygg da det kan virke mer interessant og er lettere å komme inn på. Han tenkte også at guttene valgte slike linjer fordi det virket lettere og artigere. Samtidig mente denne eleven at jentene «taklet» teori bedre enn gutter, og at jenter lettere kan se for seg selv om sykepleier eller doktor enn guttene. Eleven sa at han tenkte det ville være hensiktsmessig å få fram at medisinyrket er mer praktisk enn man tror, da det kan lokke flere gutter til studiet. For å belyse problemstillingen ytterligere snakket jeg med flere andre medstudenter, både menn og kvinner helt uformelt angående problemstillingen og fikk flere innspill herfra.

### **3.2 Spørreskjemaundersøkelsen**

Når vi skulle strukturere spørreskjemaet delte vi det inn i bakgrunnsopplysninger og konstrukt. Vi laget tre ulike konstrukt som skulle belyse ulike tema. Et konstrukt defineres av «Oxford Languages» som; *«en idé eller teori som inneholder forskjellige konseptuelle elementer, vanligvis et som anses å være subjektivt og ikke basert på empirisk bevis»*. Vi

utarbeidet et fullstendig spørreskjema elektronisk via UiO sin nettside «*nettskjema.no*». Elevene ble stilt en rekke bakgrunnsopplysninger i tillegg til 28 påstander/spørsmål. Svaralternativene som ble brukt var fra en forenklet Likert-skala med alternativene: «enig», «delvis enig», «delvis uenig» og «uenig». Elevene kunne krysse av for flere svaralternativ per spørsmål. Det var også valgfritt å svare på hvert spørsmål og å delta i undersøkelsen. Elevene oppga ingen personsensitive opplysninger, og vi hadde derfor ikke behov om å søke til NSD for gjennomføringen av prosjektet.

Skjemaet var åpent i tidsrommet 15.02.21 13:30 til 15.03.21 23:59. Svarene ble lagret i nettskjema og elevene mottok kvittering etter levert svar. Spørreskjema ble sendt på mail til elever på første, andre og tredje år studiespesialisering på Kvaløya vgs. Dette var totalt 158 elever. Kongsbakken videregående skole og Tromsdalen videregående skole ønsket ikke å utlevere elevenes e-postadresse, men kunne publisere ønsket tekst og link til det elektroniske nettskjema på sine elektroniske grupperom for hele skolen. Av den grunn har man ikke tall over det totale antall elever som har fått forespørsel om å delta på undersøkelsen. Det er omtrent 700 elever på Kongsbakken videregående skole og omtrent 540 elever på Tromsdalen videregående skole. Totalt 196 personer svarte på spørreundersøkelsen. Det gir en svarprosent på omtrent 14%.

### **3.3 Bakgrunnsopplysninger**

Det første vi ønsket å kartlegge i spørreskjemaet var litt om elevenes bakgrunnsopplysninger. Vi spurte om kjønn, studieretning og hvilke realfag elevene tok/hadde planer om å ta i løpet av videregående. Vi ønsket også å vite hvilken tilhørighet elevene hadde både etnisk og sosialt sett. Videre spurte vi også om foreldrenes utdanningsnivå, og om foreldrene var leger. Vi ønsket med dette å undersøke hvilket elevutvalg vi studerte.

### **3.4 Konstrukt**

Jacquelyne Eccles og kollegaer utviklet i 1983 en sosialpsykologisk modell for å forstå hva som påvirker ungdoms studievalg (30). Modellen anvender sosiale, pedagogiske og psykologiske teorier, og sier hovedsakelig at de oppfatninger en person har av egne evner, og de forventninger personen har til å lykkes med utdanningen – her kalt mestringsforventninger – virker sammen med et sett av verdier som personen knytter til studiet og framtidig karriere (19). Disse sistnevnte verdiene viser hvordan et studie kan bli vurdert opp mot dets

interesseverdi (i hvilken grad man trives med studiet og faget), måloppnåelsesverdi (hvor viktig det er for personen å oppnå målet), nytteverdi (hvilke goder kan man oppnå ved å gjennomføre utdanningen) og relativ kostnad (hva koster det av innsats, tid, og penger å gjennomføre utdanningen) (19). Naturfagssenteret og fysisk institutt ved UiO har hatt et forskningsprosjekt kalt vilje-con-valg som handler om valg og bortvalg av realfag. Prosjektet handler også om å få ny kunnskap om ungdoms utdanningsvalg generelt (19). Til prosjektet lagde de en spørreundersøkelse, og brukte da Eccles modell til utformingen av skjemaet. Vi valgte å bruke samme modell som utgangspunkt for utarbeidelse av spørreskjemaet. Målet var å få innsikt i hvordan disse ulike verdiene påvirker både menn og kvinner sitt syn på medisinutdanningen og legeyrket. Vi dannet oss basert på dette tre ulike konstrukt.

#### **3.4.1.1 Konstrukt 1 – Motivasjon for skole og høyere utdanning**

Dette konstruktet handlet om motivasjon for skole og høyere utdanning. Vi laget spørsmål som tok til sikte på å si noe om elevenes egne mestringsforventninger - hvordan en person oppfatter egne evner, og hvilke forventninger man har til å skulle lykkes med utdanningen.

Spørsmålene formulerte ulike påstander for å måle elevenes mestringsforventninger. Under dette konstruktet undersøkte vi også elevenes indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon kan handle om man synes faget er interessant og om man tenker at man vil trives med utdanningsløpet. Ytre motivasjon kan handle om muligheten til å tjene penger, jobbmuligheter, måloppnåelsesverdi etc.

#### **3.4.1.2 Konstrukt 2 – Holdninger til legeyrket/studiet**

Innunder dette punktet ønsket vi å undersøke hvilke holdninger elevene hadde til legeyrket og legestudiet. Vi forsøkte å stille spørsmål som målte hvilke holdninger elevene hadde til den relative kostnaden til det å skulle studere medisin og det å jobbe som lege. Den relative kostnaden måles som hvor mye det vil kosta av elevene av tid, innsats, penger og krefter for eksempel å skulle studere medisin eller å jobbe som lege. Tid kan være antall studieår som kreves for å bestå utdanningen, eller den tiden man må ofre av sin fritid for å klare å gjennomføre studiet. Vi undersøkte også under dette punktet hvilken nytteverdi det ville ha å studere medisin og det å jobbe som lege. Nytteterdi kan presentere hvilke goder man vil oppnå ved å gjennomføre en utdanning, mulighet til fast/sikker jobb, jobbmuligheter, status og lønn.

### 3.4.1.3 Konstrukt 3 – interesse og verdier

I det siste konstruktet ønsket vi å undersøke hvilken interesseverdi medisinstudiet og legeyrket hadde for elevene, og hvilke verdier som er viktige for den enkelte. Det handler om elevene har interesse for faget, om man verdsetter verdien av å hjelpe andre eller det å jobbe med mennesker, samt om man uttrykker interesse for menneskekroppen og biologi. Dette punktet handler om at siden menn og kvinner uttrykker ulike interesser, verdier og idealer, så er kjønnsdelingen av arbeidslivet problematisk (19).

## 3.5 Statistisk analyse

Vi ønsket å presentere resultatene både deskriptivt og med statistiske analyser. Utformingen av spørreskjemaet ble basert på en teoretisk modell som dannet tematikken i spørreskjemaet. Vi ønsket å fremstille spørsmålene deskriptivt med utgangspunkt i denne. Da målte vi gjennomsnittsscoren for hvert enkelt spørsmål med hensyn på gutter og jenter og delte spørsmålene inn i hvilke konstrukt de besvarte. Dette med ønske om å trekke fram hvilke konstrukt som presenterte forskjeller mellom kjønnene.

For å gjennomføre statistiske analyser ble programmet SPSS benyttet. Da vi ønsket å måle «enighet» i påstandene, ble dette den avhengige variabelen i analysen. Vi kodet alle som var «enig» og/eller «delvis enig» som at de var enige i påstanden. De som oppga at de var «uenig» og/eller «delvis uenig» ble kodet som at de var uenige i påstanden. Da den avhengige variabelen ga en binær respons ble det gjennomført logistisk regresjon. Vi valgte å gi elevene mulighet til å gradere enighet i påstanden i fire kategorier da vi tenkte det ville gjøre det lettere for respondenten å ta stilling til hvert enkelt spørsmål, og at det ville gi høyere svarprosent. Vi kodet enighet med 0 som «uenig» og 1 som «enig». Alle som hadde svart at de var «enig» og/eller «delvis enig» ble kodet som 1, og de som svarte de var «uenig» og/eller «delvis uenig» ble kodet som 0. De som svarte at de var både enig/delvis enig og uenig/delvis uenig ble ekskludert fordi vi tolket svaret som at de ikke visste eller ville ta stilling til om de var enig eller ikke. Videre brukte vi kjønn som uavhengig variabel og kodet kjønnene som 1 og 2. Rent teknisk sett la vi inn hvert enkelt spørsmål som avhengig variabel og kjønn som uavhengig variabel i SPSS og utførte «binary regression» med 95% KI. Spørsmålene ble kodet med 1=mann, 2=kvinne. Spørreskjemaet bestod av totalt 28 spørsmål. Vi satte grense for statistisk signifikant på  $p < 0,05$ .

## **4 Resultater**

### **4.1 Resultater fra spørreskjema**

Resultatene fra spørreundersøkelsen deles inn i: bakgrunnsopplysninger og enighet i 28 spørsmål. Den teoretiske modellen vi benyttet til å utforme spørsmål til undersøkelsen er beskrevet i metoddelen. Vi utformet tre ulike konstrukt og innenfor hvert konstrukt målte vi ulike verdier hos elevene.

Resultatene fra de 28 spørsmålene fremstilles med gjennomsnittsscore for enighet av hvert spørsmål fordelt på kjønn innen de tre ulike konstruktene vi laget. Resultatet fremstiller forskjellen i enighet fordelt på kjønn med søylediagram.

I andre del av resultatene gjennomførte vi statistiske analyser der vi målte «enighet» til de 28 spørsmålene fordelt på kjønn ved hjelp av logistisk regresjon.

#### **4.1.1 Bakgrunnsopplysninger**

Respondentene svarte først i spørreskjema på kjønn, kull, studieretning, etnisk bakgrunn, utdanningsnivå hos den forelder med høyest utdanning, foreldre som leger og hvilke realfag eleven på tidspunktet gjennomførte eller hadde planer om å gjennomføre i løpet av videregående skole. Antall og andel som svarte på de ulike bakgrunnsopplysningene kan sees i figur 3.

Bakgrunnsopplysninger	Antall	Prosent
Jente	134	68,4 %
Gutt	64	32,7 %
Vg1	47	24 %
Vg2	65	33,2 %
Vg3	84	42,9 %
Studiespesialisering	174	88,8 %
Idrett	10	5,1 %
Musikk, dans og drama	12	6,1 %
Innvandrerbakgrunn	22	11,2 %
Norskfødt med innvandrerforeldre	10	5,1 %
Øvrige befolkning	160	81,6 %
Grunnskole/vg-utdanning	34	17,3 %
videregående skole	35	17,9 %
Lavere universitetsgrad (2-4år)	39	19,9 %
Høyere universitetsgrad (mer enn 4 år)	110	56,1 %
Minst en foreldre er lege	32	16,3 %
Ingen av foreldre er lege	164	83,7 %
Gjennomfører/har planer om å gjennomføre disse realfag i løpet av videregående skole		
Matematikk S1	64	32,7 %
Matematikk S2	60	30,6 %
Matematikk R1	79	40,3 %
Matematikk R2	71	36,2 %
Kjemi 1	110	56,1 %
Kjemi 2	87	44,4 %
Fysikk 1	103	52,6 %
Fysikk 2	40	20,4 %
Biologi 1	50	25,5 %
Biologi 2	27	13,8 %
Geofag	15	7,7 %
Informasjonsteknologi	18	9,2 %

Figur 3 - bakgrunnsopplysninger

## 4.1.2 Konstrukt 1

### 4.1.2.1 Mestringsforventninger

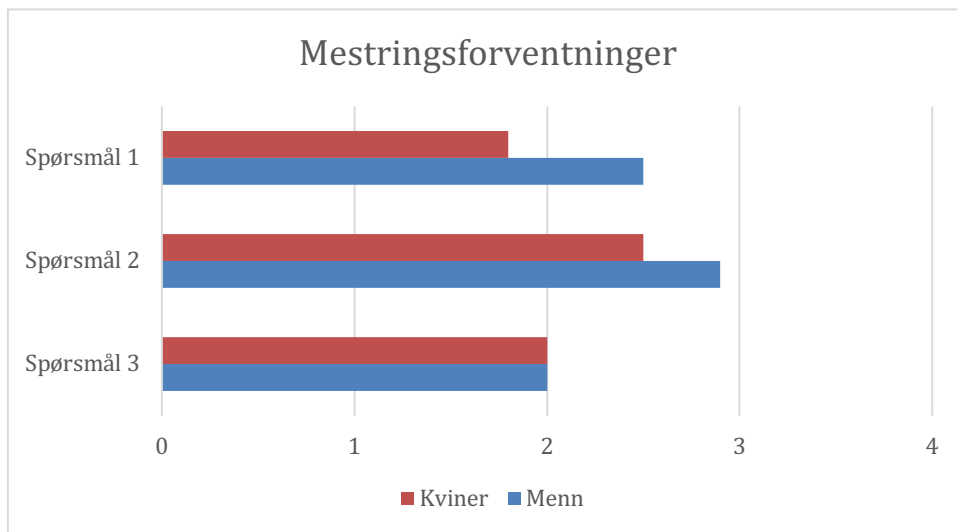
Spørsmål 1, 2 og 3 måler elevenes grad av mestringsforventninger. Elevene krysset av for verdier mellom 1 (uenig), 2 (delvis uenig), 3 (delvis enig) og 4 (enig) ettersom hvor enige de var i påstandene. Verdien 4 korresponderer til høyeste grad av mestringsforventninger hos respondenten. Retningen på forventningene er motsatt i spørsmål 3 fra spørsmål 1 og 2. Dette

er det justert for i figuren. Gjennomsnittsscoren for henholdsvis spørsmål 1-3 fordelt på kjønn kan sees i figur 4.

*Spørsmål 1: «Jeg er bekymret for at jeg ikke er flink nok i fagene som kreves til medisinstudiet.»*

*Spørsmål 2: «Jeg ville mestret medisinstudiet bedre enn flere av mine medstudenter.»*

*Spørsmål 3: «Jeg kommer ikke til å få gode nok karakterer til at jeg kan søke på medisinstudiet.»*



Figur 4 - mestringsforventninger

#### 4.1.2.2 Motivasjon

Respondentene brukte også her samme Likert-skala med verdier fra 1 (uenig) til 4 (enig). Verdien 4 gjengir høy opplevelse av at ytre omgivelser motiverer og inspirerer til å ta høyere utdanning og/eller studere medisin. Retningen på forventningene er motsatt i spørsmål 5 fra spørsmål 6, 7, og 8. Dette er det justert for i figuren. Gjennomsnittsscoren for spørsmål 5-8 kan sees i figur 5.

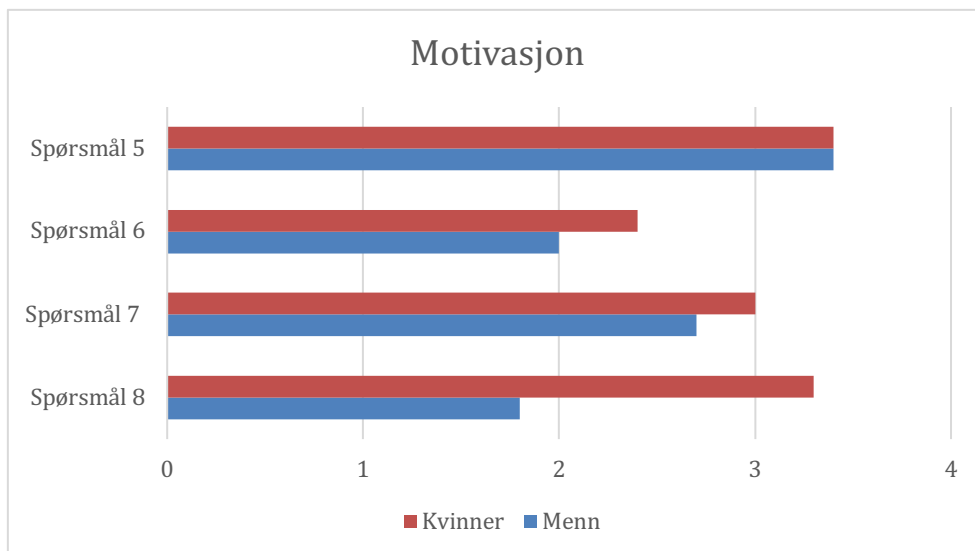
*Spørsmål 5: «Jeg opplever ikke at lærere, venner og/eller familie motiverer meg til å ta høyere utdanning etter videregående.»*

*Spørsmål 6: «Lærere, venner og/eller familie motiverer meg til å studere medisin.»*

*Spørsmål 7: «Jeg tror jeg ville blitt motivert til å søke på medisinstudiet dersom medisinstudenter kom innom skolen min og fortalte meg om studiet sitt.»*

*Spørsmål 8: «Tv-serier slik som Grey's Anatomy inspirerer meg til å studere medisin.»*





Figur 5 - motivasjon

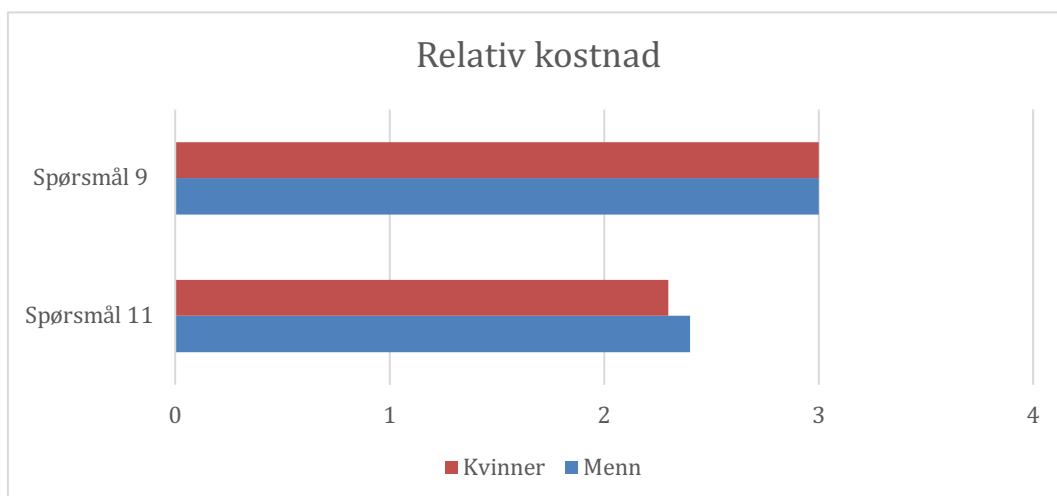
### 4.1.3 Konstrukt 2

#### 4.1.3.1 Relativ kostnad

Elevene brukte også her Likert-skala fra 1 (uenig) til 4 (enig). Verdien 4 gjengir enighet og tolkes som at elevene opplever høy relativ kostnad ved å fullføre studiet. Gjennomsnittscoren for spørsmål 9 og 11 kan sees i figur 6.

*Spørsmål 9: «Medisinstudiet kommer til å koste meg mye mer tid og arbeid enn et annet studium.»*

*Spørsmål 11: «Jeg vil heller komme tidligere ut i arbeidslivet enn å studere seks år på medisinstudiet.»*



Figur 6 - Relativ kostnad

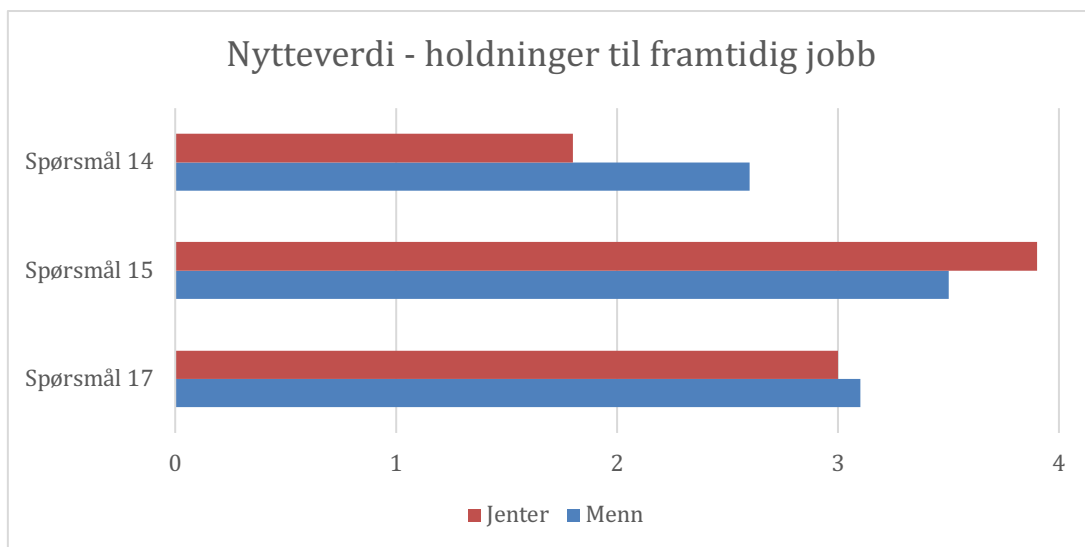
#### 4.1.3.2 Nytteverdi – holdninger til framtidig jobb

Verdien 4 gjengir at respondenten er enig i at nytteverdien er viktig når man skal velge jobb i fremtiden. Retningen på forventningene er motsatt i spørsmål 14 fra spørsmål 15 og 17. Dette er det justert for i figur 7 . Gjennomsnittscoren for spørsmål 14, 15 og 17 kan sees i figur 7.

*Spørsmål 14: «Det er ikke av betydning for meg at jobben gir meg høy status.»*

*Spørsmål 15: «For meg er det viktig å få en fast/sikker jobb»*

*Spørsmål 17: «For meg er det viktig å tjene mye penger.»*



Figur 7 - nytteverdi; holdninger til framtidig jobb

#### 4.1.3.3 Nytteverdi – holdninger til legeyrket

Verdien 4 gjengir at elevene opplevde at legeyrket vil gi dem høy nytteverdi – for eksempel ved å gi en jobb man ønsker seg, god lønn og høy status. Retningen på forventningene er motsatt i spørsmål 16 fra spørsmål 13, 18 og 21. Dette er det justert for i figur 8.

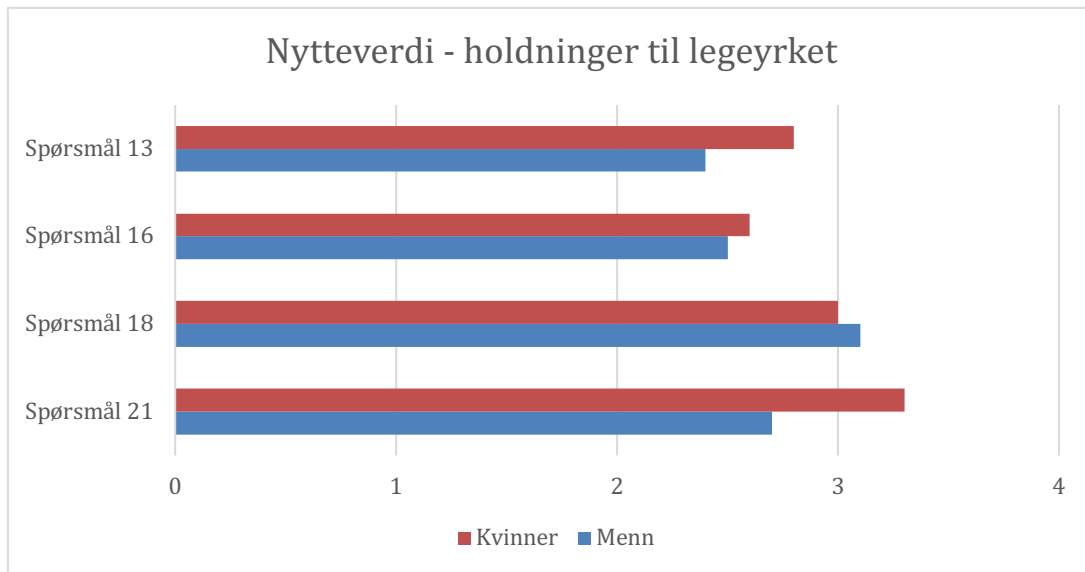
Gjennomsnittscoren for spørsmål 13, 16, 18 og 21 kan sees i figur 8.

*Spørsmål 13: «Legeyrket vil gi meg mulighet til å velge en jobb jeg ønsker meg.»*

*Spørsmål 16: «Jeg opplever at man i mange andre yrker tjener bedre enn det leger gjør.»*

*Spørsmål 18: «Jeg opplever at det vil gi meg høy status å arbeide som lege.»*

*Spørsmål 21: «Jeg synes muligheten til å hjelpe akutt syke og skadde er spennende.»*



Figur 8 - nytteverdi; holdninger til legeyrket

#### 4.1.4 Konstrukt 3

##### 4.1.4.1 Interesseverdi

Retningen på forventningene er motsatt i spørsmål 23, 27, 28 fra spørsmål 25 og 26. Dette er det justert for i figur 9. Verdien 4 gjengir at eleven har høy interesseverdi for medisinfaget og legejobben. Gjennomsnittscoren for spørsmål 23 og 25-28 kan sees i figur 9.

Spørsmålene var som følger:

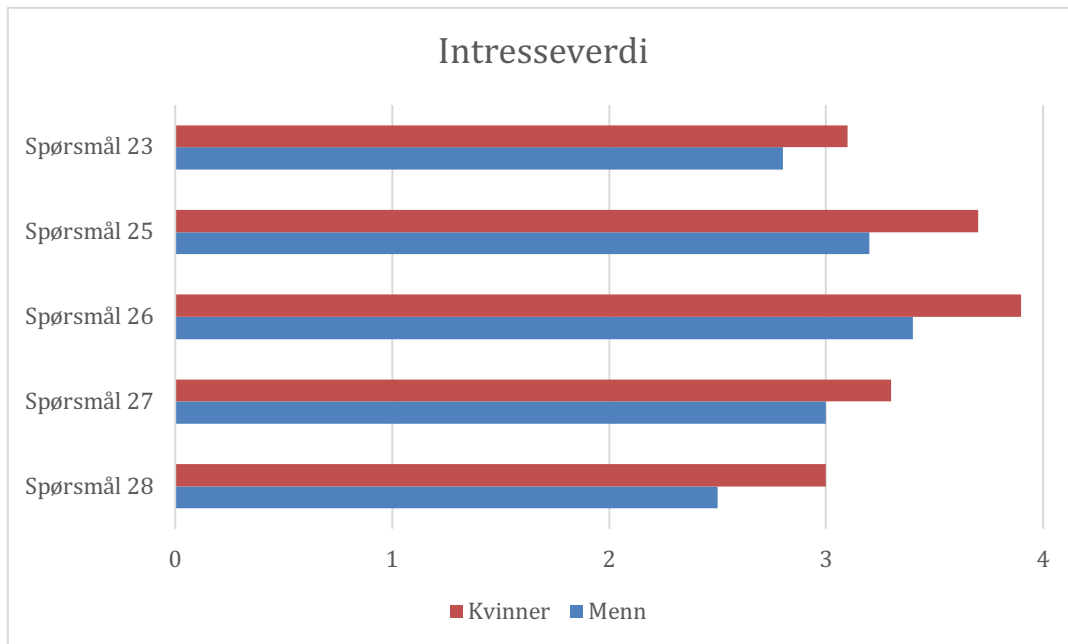
*Spørsmål 23: «Jeg har lite interesse for oppbyggingen og funksjonen til menneskekroppen.»*

*Spørsmål 25: «For meg er det viktig å hjelpe andre mennesker.»*

*Spørsmål 26: «Det er viktig for meg å jobbe med noe jeg anser som meningsfylt.»*

*Spørsmål 27: «Jeg vil heller jobbe med andre ting enn å jobbe med mennesker.»*

*Spørsmål 28: «Det er ikke av betydning for meg om jeg gjør noe viktig for samfunnet.»*



Figur 9 - interesseverdi

## 4.2 Statistisk analyse

Vi utførte logistisk regresjon med «enighet» som avhengig variabel og kjønn som uavhengig variabel. «Enighet» ble kodet som 0=uenig, 1=enig, og kjønn ble kodet som 1=gutt 2=jente. Resultatene er presentert med spørsmålsnummer i figur 10. En oversikt over spørsmålene er derfor presentert under figuren nedenfor.

Disse resultatene fikk vi ved å utføre logistiske regresjon i SPSS:

Spørsmål nr:	Odds ratio	p-verdi	95% KI nedre	95% KI øvre
1	3,018	0,001	0,215	1,782
2	0,576	0,097	0,3	1,106
3	1,432	0,302	0,724	2,83
4	1,5	0,662	0,244	9,227
5	1,27	0,614	0,502	3,213
6	2,284	0,016	1,165	4,475
7	2,265	0,019	1,146	4,475
8	5,356	0,001	2,659	10,789
9	2,186	0,001		
10	1,056	0,887	0,502	2,222
11	0,874	0,677	0,463	1,648
12	0,557	0,129	0,262	1,186
13	2,343	0,01	1,225	4,479
14	1,714	0,097	0,906	3,243
15	5,061	0,011	1,457	17,557
16	0,873	0,678	0,461	1,655
17	1,312	0,502	0,594	2,898
18	0,466	0,094	0,19	1,14
19	1,678	0,115	0,882	3,194
20	4,773	0,001	2,077	10,968
21	3,325	0,001	1,674	6,602
22	7,87	0,001	2,887	21,454
23	0,598	0,144	0,3	1,191
24	3,372	0,002	1,641	8,488
25	6,685	0,002	1,997	22,372
26	25,918	0,002	3,232	207,854
27	0,323	0,001	0,166	0,628
28	0,31	0,003	0,144	0,668

Figur 10 - logistisk regresjon

**Spørsmål 1:** «Jeg er bekymret for at jeg ikke er flink nok i fagene som kreves til medisinstudiet.»

**Spørsmål 2:** «Jeg ville mestret medisinstudiet bedre enn flere av mine medstudenter.»

**Spørsmål 3:** «Jeg kommer ikke til å få gode nok karakterer til at jeg kan søke på medisinstudiet.»

**Spørsmål 4:** «For meg er det viktig å jobbe med noe jeg interesserer meg for.»

**Spørsmål 5:** «Jeg opplever ikke at lærere, venner og/eller familie motiverer meg til å ta

høyere utdanning etter videregående.»

**Spørsmål 6:** «Lærere, venner og/eller familie motiverer meg til å studere medisin.»

**Spørsmål 7:** «Jeg tror jeg ville blitt motivert til å søke på medisinstudiet dersom medisinstudenter kom innom skolen min og fortalte meg om studiet sitt.»

**Spørsmål 8:** «Tv-serier slik som Grey's Anatomy inspirerer meg til å studere medisin.»

**Spørsmål 9:** «Medisinstudiet kommer til å koste meg mye mer tid og arbeid enn et annet studium.»

**Spørsmål 10:** «Jeg ønsker å ta opp fag etter videregående for å klare å komme inn på medisinstudiet.»

**Spørsmål 11:** «Jeg vil heller komme tidligere ut i arbeidslivet enn å studere seks år på medisinstudiet.»

**Spørsmål 12:** «Jeg opplever at det blir mindre fristende å studere medisin når det blir færre menn som går på studiet.»

**Spørsmål 13:** «Legeyrket vil gi meg mulighet til å velge en jobb jeg ønsker meg.»

**Spørsmål 14:** «Det er ikke av betydning for meg at jobben gir meg høy status.»

**Spørsmål 15:** «For meg er det viktig å få en fast/sikker jobb»

**Spørsmål 16:** «Jeg opplever at man i mange andre yrker tjener bedre enn det leger gjør.»

**Spørsmål 17:** «For meg er det viktig å tjene mye penger.»

**Spørsmål 18:** «Jeg opplever at det vil gi meg høy status å arbeide som lege.»

**Spørsmål 19:** «Jeg ønsker ikke å jobbe utenfor normal arbeidstid slik jeg oppfatter at leger gjør.»

**Spørsmål 20:** «Jeg opplever at det er mer status å bli lege i dag enn det var for flere tiår siden.»

**Spørsmål 21:** «Jeg synes muligheten til å hjelpe akutt syke og skadde er spennende.»

**Spørsmål 22:** «Det er viktig for meg å ha både mannlige og kvinnelige kollegaer.»

**Spørsmål 23:** «Jeg har lite interesse for oppbyggingen og funksjonen til menneskekroppen.»

**Spørsmål 24:** «Jeg ønsker å jobbe med noe praktisk.»

**Spørsmål 25:** «For meg er det viktig å hjelpe andre mennesker.»

**Spørsmål 26:** «Det er viktig for meg å jobbe med noe jeg anser som meningsfylt.»

**Spørsmål 27:** «Jeg vil heller jobbe med andre ting enn å jobbe med mennesker.»

**Spørsmål 28:** «Det er ikke av betydning for meg om jeg gjør noe viktig for samfunnet.»

## 5 Diskusjon

### 5.1 Bakgrunnsopplysninger

Figur 3 viser antall og andel som krysset av for de ulike bakgrunnsopplysninger i spørreskjemaet. Vi ser at 68,4% av respondentene var jenter og 32,7% var gutter. Prosentfordelingen sammenfaller i stor grad med andelen gutter og jenter som søker til medisinstudiet. Dette kan tenkes å gi et bilde av interessen for å studere medisin blant videregående skole-elever. Det kan vise til at flere jenter i videregående skole er interessert i å studere medisin framfor guttene, og at utdanningsvalg gjenspeiler kjønnsforskjellene i arbeidsmarkedet forøvrig (13).

Vi ser også av figur 3 at 88,8% av respondenten gikk studiespesialisering. Det betyr at en stor andel av de som svarte på spørreskjemaet gikk på en studielinje som kvalifiserer en til å søke høyere utdanning. For de realfagene som kreves for å søke opptak til medisinstudiet (matematikk S1/S2/R1, kjemi 1 og 2 og fysikk 1) ser vi at for alle fagene var det >30% som svarte at de på tidspunktet gjennomførte eller hadde planer om å gjennomføre disse realfagene. Det var til sammenligning under 30% som svarte ja for at de tok eller hadde planer om å ta andre realfag som ikke kreves for å søke på medisinstudiet, slik som fysikk 2, geofag, informasjonsteknologi og biologi 1 og 2. Samtidig svarte 56,1% at den forelderen med høyest utdanning hadde over fire års utdanning. Forskning har vist at det er en positiv sammenheng der ungdom ofte velger det samme som mor eller far når det gjelder utdanningsnivå og retning og at sammenhengen er særlig sterk når det gjelder realfagsutdannede foreldre og ungdom. (8). Spesielt tydelig er dette på videregående skole der høyere realfagsutdanning hos foreldre sees sammen med høyt realfagsinnhold i fagvalget til eleven (8). Vi undersøkte ikke om de elevene som krysset av for høyt realfagsnivå også hadde oppgitt at foreldre var høyt realfagsutdannet, men vi kan anta at det også i vårt utvalg ville finnes en slik sammenheng med de resultatene vi fikk.

### 5.2 Resultatene fra statistiske analyser

Resultatdelen fra de statistiske analysene viser i første del deskriptiv statistikk der vi har målt gjennomsnittsscoren til gutter og jenter når det gjelder enighet i de 28 spørsmål, og er delt inn i de ulike konstrukt med tanke på hva spørsmålene måler. Resultatene fremstilles ved hjelp av søylediagrammer. Vi ser at det for måling av mestringsforventninger (figur 4), motivasjon

(figur 5) og interesseverdi (figur 9) er noen forskjeller mellom gutter og jenter i vårt utvalg. Det er ellers små forskjeller mellom gjennomsnittsscoren til gutter og jenter. Videre gjorde vi logistisk regresjon der vi målte grad av enighet i 28 spørsmål. Spørsmålene målte ulike verdier innenfor tre ulike konstrukt vi laget oss og resultatene fra de ulike konstrukt diskuteres i punktene under.

### **5.2.1 Mestringsforventninger**

Spørsmål 1-3 måler grad av mestringsforventninger. Resultatene fra den statistiske analysen viser at for spørsmål 1 er  $OR=3,018$ . Det betyr at jenter i vår undersøkelse hadde lavere mestringsforventninger til å skulle klare fagene ved medisinstudiet enn guttene. Vi ser av figur 10 at spørsmål 2 får  $OR=0,576$  med  $p=0,097$ . Resultatet er ikke statistisk signifikant dersom man bruker 5%-grense, men likevel sier resultatet oss at guttene har høyere mestringsforventninger enn jentene i utvalget til å skulle klare medisinstudiet i forhold til sine medelever. Studier har vist at jenter i større grad enn gutter nedvurderer sine egne evner og kunnskaper (19). Guttene fremstår med høyere grad av selvtillit enn det jenter gjør (20). Likevel hindrer ikke dette jentene i å søke seg til utdanninger med høye opptakskrav.

### **5.2.2 Motivasjon**

Spørsmål 6-8 måler grad av motivasjon i form av hvor enig man er i at ytre omgivelser motiverer til å studere medisin. Vi ser av figur 10 at odds ratio for spørsmål 6-8 er mellom 2 og 5 med en  $p$ -verdi  $<0,05$ . Resultatet viser til at jentene i vår undersøkelse i større grad enn guttene er enige i at ytre faktorer motiverer og inspirerer til å studere medisin. Dette er et interessant funn da det kan vise til at rekrutteringsstrategier til medisinstudiet slik som informasjon fra medisinstudenter og inspirerende ord fra venner og familie appellerer mer til kvinner enn til menn. Muligens må man tenke litt utenfor disse strategiene for å klare å rekruttere flere menn til medisinstudiet. Spørsmål 5 måler i hvor stor grad en synes at ytre omgivelser motiverer til å ta høyere utdanning. Odds ratio for spørsmål 5 er 1,27 noe som betyr at det er liten forskjell mellom kjønnene.

### **5.2.3 Relativ kostnad**

Spørsmål 9 og 11 måler relativ kostnad av å gjennomføre et studium. Enighet i spørsmål 9 viser til at man er enig i at det kommer til å koste mye tid og arbeid å studere medisin framfor et annet studie, og i vår undersøkelse var jentene mer enig i denne påstanden enn guttene.



Spørsmål 11 spør om man heller vil komme tidligere ut i arbeidslivet enn å studere seks år på medisinstudiet, og resultatet vårt viser at det var mer sannsynlig å være enig i påstanden dersom man var gutt, men  $p=0,677$  og er over vår grense for statistisk signifikans.

#### **5.2.4 Nyttverdi**

Spørsmål 14 og 15 måler nytteverdien til en fremtidig jobb i form av hvilke goder jobben kan presentere. Spørsmål 14 spør om det er av betydning at jobben gir høy status, påstanden er snudd slik at enighet i påstanden reflekterer at det ikke er av betydning for en at jobben gir høy status. Odds ratio for spørsmål 14 er 1,714 med  $p=0,097$ , altså ikke statistisk signifikant med vår grense på 5%. Likevel sier resultatet oss at jentene i vårt utvalg ikke er så opptatt av status når det kommer til valg av yrke, men at dette er viktigere for guttene.

Spørsmål 13, 18 og 21 måler nytteverdien til legeyrket i form av hvilke goder legejobben kan presentere. Analysen vår viser ved spørsmål 13 og 21 at det var mer sannsynlig å være enig i at å jobbe som lege ville gi en jobb en ønsket seg, og at muligheten til å hjelpe syke og skadde var spennende dersom man var kvinne. Spørsmål 18 måler om man er enig i at det vil gi høy status å arbeide som lege. Vi ser av figur 10 at odds ratio er 0,466 med  $p=0,094$ , altså ikke statistisk signifikant forskjell, men resultatet viser at det var mer sannsynlig å være enig i påstanden dersom man var gutt. Det forteller oss at guttene i utvalget vårt anser legeyrket som å ha høy status, selv om det har vært diskutert hvorvidt en feminisering av medisinen vil trekke ned statusen på legeyrket (27).

#### **5.2.5 Interesseverdi**

Spørsmål 25-28 måler interesseverdien for en jobb eller studium. Spørsmål 25 måler hvor viktig det var for elevene å hjelpe andre mennesker, og det var over 6 ganger mer sannsynlig å være enig i påstanden dersom man var jente. Odds ratio for spørsmål 26 var 25,918, og viser til at det var over 25 ganger mer sannsynlig å være enig i at det var viktig for en å jobbe med noe som en anså som meningsfylt dersom man var jente. Spørsmål 27 og 28 var snudde påstander og der viser odds ratio  $<1$  at det var mer sannsynlig å være enig i at man heller ville jobbe med andre ting enn med mennesker, og at det ikke var av betydning for en å gjøre noe viktig for samfunnet dersom man var gutt. Figur 10 viser at  $p<0,005$  for spørsmål 25-28 og at det dermed var en signifikant forskjell mellom guttene og jentenes enighet i påstandene i vårt utvalg. Resultatet kan gjenspeile noe av kjønnsforskningen som er gjort som viser at det

skjeve opptaket til utdanninger innen medisin sjelden dreier seg om karakterer, men heller om hvilke interesser og preferanser man har med seg fra videregående skole (14). Dette representerer en stor utfordring med rekruttering av menn til medisinfaget da det kan se ut til at guttene i vårt utvalg ikke er nok interessert i medisinfaget og det å jobbe som lege. Det kan også vise til at eventuelle rekrutteringsstrategier bør ha videregåendeskoledere som målgruppe for å forsøke å øke deres interesse for faget og jobben som lege.

### **5.3 Metodevalg og utførelse**

Vi genererte en lav svarprosent i spørreundersøkelsen. Dette kan blant annet tenkes å handle om at spørreundersøkelsen var særlig spesifisert på hva den handlet om, og at en måtte ha interesse for tema om en ønsket å delta. Vi fikk også en mindre andel menn til å svare på skjemaet, og svarprosenten gjenspeilet i stor grad kjønnsfordelingen vi ser av søkertall til medisinstudiet. Det var ellers ingen fordeler i gavetrekning etc. for å skulle være med, og det kan gjøre at motivasjonen for å delta er liten dersom man ikke hadde interesse for temaet. Vi fremstilte resultatene fra spørreundersøkelsen ved hjelp av deskriptiv statistikk og statistiske analyser i SPSS da det gir et billedlig inntrykk av middelveier, samt sier noe om det var signifikante forskjeller mellom kjønnene.

I vår undersøkelse valgte vi å forske på videregåendeskoledere. Vi vurderte det slik at dersom vi heller forsket på mannlige medisinstudenter så ville vi kanskje ikke klare å svare på forskningsspørsmålet da de representerer de som faktisk søker på studiet. Vi tenkte at det ville være vanskelig å bruke deres mening til å si noe om de som faktisk ikke søker. I ettertid ser vi at man også kunne tenkt enda bredere ved å undersøke legers holdninger til temaet eller ungdomsskoleelever sin holdning eksempelvis. Jeg oppfatter at det var riktig å gjennomføre en spørreundersøkelse for å komme nærmere svar på forskningsspørsmålene. En større del av spørreskjemaet burde ha utforsket mer direkte omkring hvorfor den enkelte ønsket eller ikke ønsket å søke på medisinstudiet og tanker omkring dette. Man kunne også hatt noen spørsmål med fri tekstboks med ønske om å få fram flere nyanser hos respondenten. Dette ville kunne gitt et bedre grunnlag til oppgavens diskusjonsdel. Sett i etterkant var det ingen spørsmål som spurte direkte om eleven ønsket å søke på medisinstudiet, noe som ville vært nyttig å vite i denne sammenheng.

I forkant av utformingen av spørreskjemaet gjorde jeg eksplorative intervju av noen elever på videregående via mail. Den opprinnelige planen var å skulle møte opp personlig på skolen og snakke helt uformelt med flere elever der jeg stilte de spørsmål omkring problemstillingen. På grunn av Corona-pandemien var ikke dette mulig å gjennomføre, og skolen var nedstengt i flere røde perioder. I en optimal situasjon ville jeg ha gjennomført dette, og jeg ville hatt litt mer innsikt i elevenes holdninger til forskningsspørsmålet i forkant av utformingen av spørreskjemaet. Angående spørreskjemaet har jeg ikke fått noen tilbakemeldinger på hvordan elevene opplevde å besvare dette. Det var heller ikke mulighet for elevene å legge igjen en kommentar til sin besvarelse i nettskjemaet. Dersom de ønsket å gi en tilbakemelding måtte de ha sendt meg en personlig mail på oppgitt mailadresse på nettskjema.no. I ettertid ser jeg at det kunne vært nyttig å ha hatt et eget spørsmål til elevene i slutten av skjemaet dersom de ønsket å legge igjen en kommentar til hvordan det var å besvare spørreskjemaet, eller om de ville kommentere noe i forhold til sin besvarelse. På den måten ville man kanskje fått fram flere nyanser rundt problemstillingen.

### **5.3.1 Litteratur**

Beskrivelsen av eksisterende kunnskap på området refererer til offentlige rapporter fra Barne-, ungdoms og familiedirektoratet, Naturfagsenteret og NIFU. Rapportene ble brukt til å presentere tall og trender i sysselsettingen i Norge, samt ungdoms holdninger til utdanning. Rapportene fra Naturfagsenteret beskriver særlig godt problemstillinger knyttet til kjønnsforskjeller og valg av realfag hos ungdom i dag. De har blitt brukt i denne oppgaven til å beskrive nærmere hvilke trender man ser i utdanningsvalg hos ungdom, og forklaringer til dette. Det har vært nyttige kilder å bruke for å diskutere hva man allerede vet om ungdoms utdanningsvalg og for å kunne hjelpe å besvare forskningsspørsmålet vårt.

Det er manglende litteratur som undersøker hvilke holdninger videregående-elever har til å søke opptak på medisinstudiet. Mesteparten av artiklene fra fagfelleverderte artikler som er brukt i oppgaven handler derfor om leger og medisinstudenters holdninger til studiet og legejobben, samt feminiseringen av medisin og problemstillinger knyttet til dette. Kun noen få artikler er forskningsbaserte der studien er beskrevet, disse er det gjort en GRADE-evaluering av.

## **5.4 Hva kan undersøkelsen bidra til?**

Da vi innhentet svar fra et relativt lite utvalg, er det usikkert hvor representativt resultatene er for den øvrige befolkning. Derimot er det helt tilfeldig hvem som valgte å svare på

undersøkelsen, men det kan tenkes at majoriteten som deltok hadde en eller annen interesse for det å skulle studere medisin i utgangspunktet. Undersøkelsen var også gjennomført i Tromsø, en by der man tilbyr medisineducasjonen og i tillegg har Nord-Norgeskvote som gjør det lettere for nordlendinger å komme inn på studiet. Dette kan tenkes å ha påvirket utfallet i undersøkelse til at for eksempel flere elever ønsket å svare på undersøkelsen enn hvis vi hadde undersøkt det i en annen by. Spørreundersøkelsen tar til sikte å undersøke holdningene elevene hadde til ulike påstander og vil i utgangspunktet være vanskelig å bruke til å gi noe sikker kunnskap om hvorfor det blir færre menn som søker på medisinstudiet. Resultatene våre presenterer særlig en signifikant forskjell i interesseverdien for medisinfaget og legeyrket blant menn og kvinner. Det var mange ganger høyere sannsynlighet for å være enig i disse påstandene dersom man var kvinne enn hvis man var mann. Kanskje har legeyrket blitt mer tilpasset for kvinner? Dette vil det være veldig interessant å forske videre på, og noe som undersøkelsen kan bidra til å sette søkelyset på. Tradisjonelt har yrket vært forbeholdt menn da det var utenkelig at en kvinne kunne arbeide som lege når hun samtidig skulle ha hovedansvaret hjemme. Litteraturen viser at legekvinne i dag likevel tar et stort ansvar hjemme og har ønske om familieliv, men de ønsker å kombinere dette med karriere (4). Studier har vist at kvinnene oftere tilpasser sin karriere med å gå ned i stillingsprosent og velge spesialiteter med mindre vaktbelastning og mer fleksibilitet, og de gjør disse tilpasningene oftere enn mennene (7, 11, 29). Det kan også tenkes at statusen til legeyrket har gått ned jo færre menn og jo flere kvinner som har inntatt yrket? Vi ser for eksempel fortsatt at de fagområdene som anses som mest prestisjefylte innenfor medisin – slik som kirurgi – fortsatt har høy andel menn og sliter med å rekruttere kvinner. Likevel så vi i vårt utvalg at guttene fortsatt anså legeyrket som å ha høy status.

Et annet viktig moment som undersøkelsen bidrar med, er å si noe om hvilke interesser elevene har på videregående. Når vi målte interesseverdi for medisinfaget og legeyrket så vi at jentene hadde høyere interesse særlig for å det å jobbe med mennesker og det å bidra i samfunnet med å gjøre noe meningsfylt i forhold til mennene. Det sier oss at ungdoms karrierevalg i stor grad baseres på de interesser man har, og at man allerede dyrker disse interessene i videregående skole ved valg av studieretning og fagkombinasjoner. Jeg tenker at undersøkelsen kan bidra til å vise at målgruppen for eventuelle rekrutteringsstrategier til medisinstudiet bør starte så tidlig som ungdomsskole og videregående skole. De bør også rette seg mot å forsøke å øke guttenes interesse for det å skulle studere medisin og det å jobbe som

lege. Samtidig viser undersøkelsen vår også til at det ville være interessant å forske mer på hvorfor søkertallene til medisinstudiet er under endring. Denne studien tenkes derfor å bidra til nye innfallsvinkler på temaet. Det vil for eksempel være mulig å gjennomføre enda større studier med bedre design for å forsøke å kartlegge mer nøyaktig hva som gjør til at mennene ikke søker like ofte på studiet lengre. Vi har heller ikke undersøkt noe omkring frafall på studiet og eventuelle kjønnsforskjeller.

## 6 Konklusjon

For å svare på problemstillingen «*hvor har det blitt av gutta på medisinstudiet?*» dannet vi oss to ulike forskningsspørsmål som besvares under:

*Forskningsspørsmål 1: «Hvilke holdninger har elever i videregående skole til å søke opptak på medisinstudiet?»*

Våre analyser viser at andelen gutter og jenter som valgte å delta på undersøkelsen i stor grad gjenspeiler kjønnsfordelingen i søkermassen til medisinstudiet i dag. Vi tolker dette som at jentene i vårt utvalg var mer interessert i medisinstudiet og legeyrket enn guttene, og at det kan representere at færre gutter i videregående skole er interessert i å skulle studere medisin og å jobbe som lege. Vi underbygger dette med funn fra statistiske analyser. Resultatene våre viser også at jentene i utvalget så større nytteverdi ved legeyrket enn guttene.

*Forskningsspørsmål 2: «er mennene som søker på medisinstudiet dårligere kvalifiserte enn kvinnene?»*

Flere jenter har den formelle kompetansen til å søke høyere utdanning i dag, og mange jentesøkere presser snittet opp slik at studiet får høyere inntakskrav. Likevel viser tall fra Samordna opptak til at de som søker på studiet i stor grad er godt nok kvalifiserte, både menn og kvinner. Det sees ingen sammenheng mellom distribusjon av menn på de ulike norske medisinske fakultetene sammenlignet med fakultetenes poenggrenser. Samtidig er det også ubetydelige forskjeller i andelen menn på medisinstudiet i utlandet sammenlignet med i Norge, til tross for at opptakskravene er ulike fra Norge. Sammenlagt er det ingen holdepunkter for å si at guttene som søker på medisinstudiet i Norge er dårligere kvalifiserte enn kvinnene, det er derimot reduksjonen i den mannlige søkermassen over tid som har resultert i den ujevne kjønnsfordelingen på studiet.

# Vedlegg

## 7 GRADE

Referanse: Jovic E, Wallace JE, Lemaire J. The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians. BMC Health Serv Res. 2006;6(1)			Design: Kvalitativ studie
			Dokumentasjonsnivå C
			GRADE II
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>Examine: 1) How do Baby Boomer and GenX physicians perceive the generation shift in work attitudes and behaviours? 2) Do baby boomer and GenX physicians differ significantly in their work hours and work attitudes regarding patient care and life balance? Do female and male genX physicians differ significantly in their work hours and work attitudes regarding patient care and life balance?</p>	<p>Explorative interviews with 54 physicians and residents from the Department of Medicine and asked about their perception regarding the generation and gender shifts in medicine. Also sent questionnaires to Department members and this analysis is limited to 87+65 responses.</p> <p><i>Two data collection strategies for collecting qualitative data.</i></p>	<p>The qualitative interview data suggest significant generation shifts in physicians attitudes. Baby boomers generally view Gen Wer physicians as less committed to their medical careers. The quantitative questionnaire data suggest that there are few significant differences in the generations and gender reports of work-life balance, work hours and attitudes towards patient care.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er formålet klart formulert? JA</li> <li>• Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å svare på problemstillingen? JA</li> <li>• Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? JA</li> <li>• Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å svare på problemstillingen? JA</li> <li>• Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? JA</li> <li>• Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? NEI</li> <li>• Er etiske forhold vurdert? NEI</li> <li>• Går det fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig? JA</li> <li>• Basert på foregående svar, mener du at resultatet fra denne studien er til å stole på? JA</li> <li>• Er funnene klart presentert? DELVIS</li> <li>• Hvor nyttig er funnene fra denne studien? NYTTIGE</li> </ul>
Konklusjon			
<p><i>Typical, widely held assumptions are not necessarily reflective of any significant differences in actual work attitudes or behaviours of boomer and Gen X physicians or of the younger generation of women entering medicine.</i></p>			
Land			
England			
Ar data innsamling			
2006			

Referanse: Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. Soc Sci Med. 2003;57(7):1327-41.		Design: Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	C
		GRADE	III
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
<p>To examine how Norwegian physicians balance their work and family responsibilities and demonstrates differences in the way doctors combine work and family obligations, between women compared to men.</p> <p><b>Konklusjon</b></p> <p><i>Women doctors careers are still more affected by family responsibilities than those of male doctors. The affect of gender on career pattern and family varies according to the speciality.</i></p>	<p>A questionnaire was sent to the study population (doctors authorised to practice medicine in Norway in the years 1980-1983) and requested demographic information, employment details dating back to their first job as a doctor, reasons for choice of speciality, actual career, and actual employment status (part-time/full-time)</p> <p>Descriptive statistics were used to characterize the population. Data were analyzed by logistic and linear regression</p> <p>Four career aspects were analyzed:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Speciality status</li> <li>- Type of speciality chosen</li> <li>- Time spent on completing specialisation</li> <li>- Employment status</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Speciality status: The doctor's gender and being married to another doctor influenced the probability of specializing. In women the probability of becoming a specialist decreased with an increasing number of children.</li> <li>- Type of speciality chosen Age at birth of the first child was significantly related to choice of speciality.</li> <li>- Time spent on completing specialisation The older the women were when they had their first child, and the more children women doctors had, the more time they spent completing specialisation.</li> <li>- Employment status 6% were categorised as «real» part-time workers, about 14% of the women, and 3% of the men.</li> </ul>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er formålet klart formulert? JA</li> <li>• Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JA</li> <li>• Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA</li> <li>• Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? JA</li> <li>• Er svarprosenten høy nok? JA</li> <li>• Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? JA</li> <li>• Er datainnsamlingen standardisert? JA</li> <li>• Er dataanalysen standardisert? JA</li> <li>• Hva forteller resultatene?</li> <li>• Kan det overføres til praksis? JA</li> </ul>
Land			
Norge			
År data innsamling			
1996			

Referanse: Mathisen CB-W. Holdninger til fremtidig valg av spesialitet - En spørreundersøkelse blant medisinstudenter i Norge. 2013.		Design: Tverrsnittstudie	
		Dokumentasjonsnivå	C
		GRADE	III
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer
Kartlegge kriteriene for valg av spesialitet og holdninger til en eventuell ny spesialitet innen akutt- og mottaksmedisin	Et spørreskjema ble utviklet og distribuert elektronisk i 2011 til alle medisinstudenter ved de fire medisinske fakultetene i Norge.	De mannlige studentene ønsket å jobbe innenfor kirurgi og anesthesi/akuttmedisin, mens kvinnene var mer interessert i allmenntmedisin. Interesse for fagområdet, mye pasientkontakt og variert arbeid var de viktigste faktorene ved valg av spesialitet. Regulert arbeidstid og lite vaktarbeid var viktig ved valg av allmenntmedisin, mens studenter med interesse for en sykehusspesialitet var mer opptatt av karriere og forskning. De fleste var positive til en ny akuttmedisinsk spesialitet og mange av disse kunne tenke seg en fast jobb som mottakslege i akuttmottaket.	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er formålet klart formulert? JA</li> <li>• Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? JA</li> <li>• Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte? JA</li> <li>• Ble det redegjort for om respondentene skiller seg fra de som ikke har respondert? NEI</li> <li>• Er svarprosenten høy nok? JA</li> <li>• Bruker studien målemetoder som er pålitelige for det som skal måles? JA</li> <li>• Er datainnsamlingen standardisert? JA</li> <li>• Er dataanalysen standardisert? JA</li> <li>• Hva forteller resultatene?</li> <li>• Kan det overføres til praksis? JA</li> </ul>
Konklusjon			
<i>Kvinner velger i større grad allmenntmedisin, mens menn ønsker spesialisering innen kirurgi og anesthesi/akuttmedisin. Studenter som velger allmenntmedisin er mer opptatt av regulert arbeidstid enn av karriere og forskning. Mye pasientkontakt og varierte arbeidsoppgaver var viktige kriterier for valg av spesialitet, mens høy lønn var mindre viktig</i>			
Land			
Norge			
År data innsamling			
2011			



## Referanseliste

1. Foss AH. Sektorer, næringer og yrker: kjønnsfordeling Bufdir; 2016 [updated 23.03.2021. Available from: [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/kjønnslikestilling/Arbeidsliv\\_og\\_kjonn/Kjønnsfordeling\\_sektorer/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/kjønnslikestilling/Arbeidsliv_og_kjonn/Kjønnsfordeling_sektorer/).
2. Castellano R, Rocca A. Gender disparities in European labour markets: A comparison of conditions for men and women in paid employment. *International labour review*. 2018;157(4):589-608.
3. Becker GS. Human Capital, Effort, and the Sexual Division of Labor. *Journal of labor economics*. 1985;3(1):S33-S58.
4. Gjerberg E. Women doctors in Norway: the challenging balance between career and family life. *Soc Sci Med*. 2003;57(7):1327-41.
5. Derese A, Kerremans I, Deveugele M. FEMINISATION, THE MEDICAL PROFESSION AND ITS EDUCATION. *Acta Clin Belg*. 2002;57(1):3-4.
6. Laurance J. The medical timebomb: 'too many women doctors'; Head of Britain's leading training college says profession will lose status. *The independent*. 2004.
7. Verlander G. Female Physicians: Balancing Career and Family. *Acad Psychiatry*. 2004;28(4):331-6.
8. Schreiner C. Noen realist som passer for meg? : ungdoms valg av utdanning og yrke. Oslo: Naturfagsenteret; 2008.
9. Bickel J. *Women in Medicine: Getting In, Growing, and Advancing*: Sage Publications; 2014.
10. Riska E. The feminization thesis ; discourses on gender and medicine. *Nora*. 2008;16:3-18.
11. Heiligers PJM, Hingstman L. Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc Sci Med*. 2000;50(9):1235-46.
12. Burton KR, Wong IK. A force to contend with: The gender gap closes in Canadian medical schools. *CMAJ*. 2004;170(9):1385-6.
13. Foss AH. Utdanningsvalg og kjønn Bufdir; 2016 [updated 29.03.2021. Available from: [https://bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/kjønnslikestilling/Utdanning\\_og\\_kjonn/Utdanningsvalg/](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/kjønnslikestilling/Utdanning_og_kjonn/Utdanningsvalg/).
14. Nielsen HB, Henningsen I. Guttepanikk og jentepress - paradokser og kunnskapskrise. *Tidsskrift for kjønnsforskning*. 2018;42(1-02):6-28.
15. Kirkaune M, Langli H. Likestillingsparadokset - økt velferd og påvirkningen på kjønnsroller i det norske arbeidsmarkedet. *Handelshøyskolen BI*; 2020.
16. Sara S, Liza R. Betydningen av sosial bakgrunn for kjønnsdeling i høyere utdanning. *Tidsskrift for samfunnsforskning*. 2017;58(3):284-310.
17. McKinstry B. Are there too many female medical graduates? Yes. *BMJ*. 2008;336(7647):748-.
18. Bleakley A. Gender matters in medical education. *Medical Education*. 2013;47(1):59-70.
19. Schreiner C, Henriksen EK, Sjaastad J, Jensen F, Løken M. Vilje-con-valg: valg og bortvalg av realfag i høyere utdanning. . Oslo: Naturfagsenteret; 2010.
20. Henriksen EK. Jenter og realfag: Hvorfor bry oss - og hvordan. In: Ullah F, Bondø A, editors. *Jeg kan bli hva jeg vil...En samling artikler om jenter og realfag* Oslo: Naturfagsenteret 2011.
21. Johannessen LB. Vedtok kjønnskvoltering på medisinstudiet. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2018(11).

22. Høringssvar - forslag om endringer i forskrift om opptak til høyere utdanning regjeringen.no2016 [Available from: [https://www.regjeringen.no/contentassets/28f7dc58f5c04a66a7abf67e66ed5d93/dmf.pdf?uid=Det\\_medisinske\\_fakultet\\_ved\\_NTNU](https://www.regjeringen.no/contentassets/28f7dc58f5c04a66a7abf67e66ed5d93/dmf.pdf?uid=Det_medisinske_fakultet_ved_NTNU)].
23. Brekke I, Reisel L. Klasse og kjønn i et likestillingsperspektiv : En kunnskapsoversikt. 2013.
24. Legeforening DN. Norsk medisinstudentforening [Available from: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/Norsk-Medisinstudentforening/>].
25. Jovic E, Wallace JE, Lemaire J. The generation and gender shifts in medicine: an exploratory survey of internal medicine physicians. BMC Health Serv Res. 2006;6(1):55-.
26. Mody L, Griffith KA, Jones RD, Stewart A, Ubel PA, Jagsi R. Gender Differences in Work-Family Conflict Experiences of Faculty in Academic Medicine. J Gen Intern Med. 2021.
27. Levinson W, Lurie N. When Most Doctors Are Women: What Lies Ahead? Ann Intern Med. 2004;141(6):471-4.
28. Mathisen CB-W. Holdninger til fremtidig valg av spesialitet - En spørreundersøkelse blant medisinstudenter i Norge. 2013.
29. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jenssen J. Motives for choice of specialty during and after medical school. Tidsskr Nor Laegeforen. 2008;128(16):1833-7.
30. Eccles J, Adler TF, Futterman R, Goff SB, Kaczala CM, Meece JL. Expectations, values and academic behaviors: W. H Friedman & co; 1983. 75-146 p.