

# Faglegir mannkostir lækna og vinnuumhverfi

Svanur Sigurbjörnsson<sup>1</sup> læknir, MA í heilbrigðisfræði  
Vilhjálmur Árnason<sup>2</sup> doktor í heimspeki

<sup>1</sup>Læknadeild, <sup>2</sup>sagnfræði- og heimspekideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Svanur Sigurbjörnsson, [svan@hi.is](mailto:svan@hi.is)

Greinin var unnin við sagnfræði- og heimspekideild Háskóla Íslands.

## Inngangur

Framkvæmd var rannsókn vorið 2019 á vegum sagnfræði- og heimspekideildar Háskóla Íslands í samvinnu við læknadeild um reynslu og upplifun kandidateita og almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér) af klínísku starfi. Kveikjan að rannsókninni var bresk rannsókn frá Jubilee-rannsóknarsetrinu við Birmingham-háskóla í Englandi um dygðir og mannkostamenntun.<sup>1</sup> Notaðar voru sömu spurningar til að fá samanburð milli lækna úr menningarheimum landanna tveggja en þær eru byggðar á Eurostat-staðli kannana um gæði vinnustaða á evrópska efnahagssvæðinu.<sup>2</sup>

Í læknanámi, á kandidateitavinnunum og í sérnámi er lagður grunnur að fagmennsku lækna. Fagmennskan samanstendur af þremur meginþáttum: fræðilegri þekkingu, verklegri færni og samskiptahæfni sem felur í sér siðferðilega, sálræna og félagslega mannkosti.<sup>3</sup> Rannsóknin beindist að siðferðilegum mannkostum lækna og því hvernig starfsumhverfið hefur áhrif á líðan í starfi og faglegar væntingar þeirra til starfs síns. Rannsóknir á þessu sviði benda til að þegar fagfólk geti nýtt mannkosti sína í þágu starfsins auki það bæði ánægju þess og tilgang.<sup>4</sup> Yfirlit 12 rannsókna um sálræn áhrif þess óheilnæma vinnuálags sem læknar búa við víða bendir til að það komi niður á gæðum læknisþjónustunnar. Frekari rannsóknir skorti þó til að staðfesta betur þessi tengsl.<sup>5</sup> Hérlandis leiddi könnun Læknafélags Íslands frá 2018 í

## ÁGRIP

### INNGANGUR

Greint er frá niðurstöðum könnunar um reynslu og upplifun kandidateita og almennra lækna og reyndra sérfræðinga af klínísku starfi á Íslandi. Til samanburðar var höfð samskonar rannsókn við breskar sjúkrahöfnanir þar sem reyndir sérfræðingar fengu spurningarnar. Rannsóknin beindist að því hvernig starfsumhverfi lækna hefur áhrif á mannkosti þeirra, upplifun af stuðningi, vinnuálagi, sjálfræði og tengingu við starfið.

### EFNIVÍÐUR OG AÐFERÐIR

Samtals 89 læknar tóku þátt og svöruðu 15 spurningum. Tíðni svara var borin saman úr klösum fjögurra efnisflokka.

### NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður bentu til markverðs vanda á vinnustöðum lækna hérlandis. Upplifunin var neðarlega í öðrum fjórðungi (2,1-3,0) matskala þess að vinnuumhverfið hamli því að fagleg manngerð þeirra njóti sín. Einnig vantaði upp á þætti stuðnings. Í samanburði við breska sérfræðinga var upplifun þeirra sambærileg en þó skárri hvað stuðning varðaði. Kandidateitar og almennir læknar upplifa marktækt meiri streitu, minni stuðning og sjálfræði í vinnu sinni en reyndu sérfræðingarnir hérlandis. Í samanburði við bresku rannsóknina var upplifun íslensku sérfræðilæknanna jákvæðari varðandi sjálfsákvörðun og tilfinningaleg tengsl við starfið. Rannsókn okkar sýnir í fyrsta sinn samband vinnuumhverfis og álags á mikilvæga fagtengda mannkosti lækna hérlandis.

### UMRÆÐA

Þessar niðurstöður endurspeglar niðurstöður fræðigreina um mikilvægi þess að læknar geti nýtt mannkosti sína í starfi, því þeir tengist starfsánægju, langvarandi velfarnaði og tilfinningu fyrir tilgangi starfsins. Niðurstöðurnar styðja viðhorf í skrifum lækna hérlandis um óheyrilegt vinnuálag og mannekle. Rannsóknin sýnir upplifun lækna af því hvar skóinn kreppir í starfi og mikilvægi þess að þjóðfélagið bæti starfskilyrðin til að gera þeim kleift að starfa eftir hugsjón sinni.

ljós að 58% lækna töldu sig „ekki geta uppfyllt kröfur eða ráðið við tímaþröng í starfi.“<sup>6</sup> Læknar í Bandaríkjunum virðast í meiri hættu á kulnun í starfi, þunglyndi, fíkn og sjálfsvígum en gerist meðal almennings.<sup>7</sup> Samantekt rannsókna um þá þætti manngerðar lækna sem hafa sterkustu tengslin við velfarnað í starfi leiddi í ljós að þótt heidarleiki, velvilji, sanngirni og dómgreind væru talin læknum mikilvæg almennt, skiluðu von (bjartsýni), þrautseigja, sjálfræði, samstarfshæfni (í teyrum) og brennandi áhugi velfarnaði og starfsánægju til lengri tíma.<sup>8</sup> Áhrif starfsumhverfisins á möguleika lækna til að nýta sér mannkosti sína hafa ekki verið mikið könnuð og er þetta fyrsta rannsóknin hérlandis um þá hlið mála.

Í könnun okkar voru lagðar fyrir þátttakendur samtals 15 spurningar, í fjórum efnisklösum, sem varða upplifun lækna af starfsumhverfi sínu. Spurt var hvort (I) starfið hamli því að mannkostir læknanna njóti sín, (II) læknar njóti stuðnings, (III) njóti sjálfsákvörðunar og sjálfræðis og (IV) hversu tilfinningalega tengdir læknarnir séu við starf sitt. Margir læknar líta á starf sitt sem hugsjón og hún endurspeglar í þeim gildum og faglegu mannkostum sem þeir hafa þroskað með sér.<sup>9</sup> Fyrsti klasinn varðar fyrrnefnd tengsl þess að geta nýtt mannkosti sína í starfi við starfsánægju og upplifun þess að starfið hafi tilgang. Annar klasinn, um stuðning, kemur inn á líðan í starfi og ýmsa þætti sem geta haft áhrif á mannkosti sem tengjast velfarnaði í starfi, eins og þrautseigju og samstarfshæfni. Þriðji klasinn varðar tengsl mannkosta og sjálfsákvörðunar og fjórði klasinn áhugavötina.

Rannsóknin byggði á hugmyndum dygðasiðfræðinnar sem eiga rætur í siðfræði Aristótelesar þar sem manngerðin er í fyrirrúmi.<sup>10</sup> Greint er á milli siðferðilegra dygða eða mannkosta sem mynda siðgerð manna og vitrænna dygða sem birtast í dómgreind og fræðimennsku.<sup>11</sup> Rannsóknin beindist einkum að samspili vinnuumhverfisins við siðgerð lækna, það er þá siðferðilegu og klínísku mannkosti sem þá prýða. Vitrænu dygðirnar eru samofnar siðgerðinni því skorti lækna fræðilegan skilning hefur það áhrif á dómgreind þeirra til að taka siðferðilegar ákvarðanir í starfi. Siðgerðin varðar dýpri afstöðu og tilfinningar gagnvart starfinu og frá henni er drifkraftur hugsjónar hvers læknis fenginn.

Góð og nærgætin samskipti lækna við sjúklinga, annað fagfólk og stjórnendur eru ákveðinn lykill að markmiðunum. Óhóflegt vinnuálag, ásamt stöðugum kröfum um hagkvæmni og skilvirkni, getur fært samskiptin úr jafnvægi og dregið úr jákvæðum tilfinningum gagnvart starfinu.<sup>12</sup> Rannsóknin stefndi að því að kanna ofangreinda þætti í upplifun lækna af starfi sínu og starfsumhverfi.

## Efniviður og aðferðir

### Fjöldi þátttakenda og samsetning

Könnun á efnisatriðum rannsóknarinnar beindist að tveimur úrtakshópum á misháu stigi menntunar og starfsreynslu. Annar samanstóð af læknakandidötum og læknum með almennt lækningaleyfi á 1.-2. ári starfs síns (K-Alm). Hinn samanstóð af reyndum sérfræðilæknum sem höfðu starfað í 5 ár eða lengur eftir veitingu sérfræðileysis (RSér). Leitað var eftir þátttöku með opnum kynnisbréfum á fjölsóttum síðum lækna á samfélagsmiðlum, bæði almennum og síðum sérgreinafélaga lækna. Svarhlutfall var ekki hægt að ákvarða. Söfnun þátttakenda, sending boðsbréfa til þeirra og viðtaka svara úr könnuninni frá rannsóknarhópun-

um tveimur stöð frá 28. mars til 9. júní 2019. Hóparnir fengu þrjú minnisbréf hvor um þátttöku á tímabilinu.

Þátttakendur meðal sérfræðinga völdu sig sjálfir til þátttöku (utan 5-10 þeirra) með því að bregðast við kynnisbréfum til hópa þeirra á meðal.

Könnunin tók ekki til almennra lækna með >2 ár í starfsreynslu eða sérfræðilækna með 5 ár eða minna í starfsreynslu eftir veitingu sérfræðingsleyfis. Engir læknar á aldursbilinu 35-38 ára voru því meðal þátttakenda. Þessi „millistig“ í reynslu og aldri læknanema og lækna voru skilin eftir í hönnun rannsóknarinnar (líkt og rannsókn Jubilee-setursins) til þess að fá aðgreiningu á milli kynslóða, stigs menntunar og starfsreynslu. Þannig má meta sjálfstætt svör hvers úrtaks (meginrannsóknarhóps) og bera þau saman. Á móti kemur sú takmörkun að ekki er hægt að túlka svör rannsóknarinnar sem tölfræðilega líkleg svör *allra* lækna því að fjögur ár í aldri vantar.

### Framkvæmd

Rannsóknaráætlun fékk jákvæða umsögn vísindasiðanefndar HÍ (nr. 19-012). Könnunin var á forni netkönnunar í kerfinu Limesurvey 1.92+ sem rannsóknaraðilar í HÍ fengu frían aðgang að hjá AP Media ehf. Þátttakendur gáfu upplýst samþykki fyrir töku könnunar. Engar úrskráningar bárust á meðan könnunin stóð yfir og fram að skrifum þessarar greinar. Með svörum þátttakenda voru engar persónugreinanlegar upplýsingar og þátttakendur gátu skráð sig nafnlaust úr rannsókninni á hvaða stigi sem er. Þýðingar spurninga voru rannsakaðar.

### Tölfræðileg úrvinnsla

Þar sem svör voru á eigindlegu forni raðaðra flokkabreyta var tölfræðilegt mat á þeim gert meginlegt með samanburði á tíðni staðlaðra svara á milli úrtakshópa. Í samræmi við rannsókn Jubilee-setursins var einnig þeirri aðferð beitt að svörum við spurningum sem áttu saman í efnisklassa var snúið yfir á númeraðan skala (strjálá breyta frá 1 til 5) og svo reiknað út meðaltal hvers þátttakanda fyrir klasann áður en meðaltal allra var reiknað. Útkoman var því á forni samfelldrar talnabreytu þar sem miðjan markast við 3 (stundum) en jaðrarnir við 1 (aldrei) og 5 (alltaf). Við samanburð á tíðni svara (flokkabreyta) var notað kí-kvaðrat próf en í tilvikum samanburðar á tölugildum var notað tvíhliða ósamhverft t-próf. Viðmið p-gildis fyrir marktækan mun á niðurstöðum svara var  $\leq 0,05$ .

### Niðurstöður

Sjá má að hlutfallslega er úrtakið úr hópi reyndu sérfræðinganna minna þó að þátttakendur séu fleiri þaðan. Úrtökin spanna vítt aldurssvið, flestar sérfræðingreinar læknisfræðinnar og fremur jafnt kynjahlutfall, en uppfylla ekki fyllstu stærðarkröfur miðað við leyfð  $\pm 5\%$  skekkjumörk. Í tilviki K-Alm eru 95% líkur á að svar sé innan  $\pm 15\%$  skekkjumarka en innan  $\pm 13,2\%$  hjá RSér (tafla I).

Kynjahlutföllin endurspeglar kynjahlutföll útskrifaðra lækna meðal árganga K-Alm<sup>13</sup> en jöfn skipting kynja ( $p=0,49$ ) í úrtaki RSér er ekki í takt við að flestir árgangar þeirra sem hafa meira en 5 ára starfsreynslu (um 25 árgangar af um 35), innihéldu fleiri karla en konur. Mögulega er því einhver kynjabjögun í því úrtaki. Því má velja fyrir sér hvort konur séu viljugri til að taka þátt í

Tafla I. Stærð úrtaka úr hverju þýði þátttakenda.

	K-Alm	RSér	Heild
Fjöldi þátttakenda	36	53	89
Áætlað þýði	220 <sup>a</sup>	1528 <sup>b</sup>	1748
Áætlað hlutfall úrtaks af þýði	~ 17%	~ 3,5%	

K-Alm: Kandidatar og almennir læknar með minna en þriggja ára starfsreynslu. RSér: Reyndir sérfræðingar með 5 ár eða meira í starfsreynslu. a,b Áætlaður heildarfjöldi þýðis K-Alm og RSér út frá fjölda þeirra í Læknaskrá Embættis landlæknis frá 4.2.2019 (landlaeknir.is). Miðað var við að sérfræðileyfi væri dagsett fyrir 1. mars 2014. (Í heild voru skráðir 1817 sérfræðingar og þar af 289 með <5 ára starfsreynslu).

Tafla II. Kynjahlutfall og aldursdreifing þátttakenda í heild og meðal K-Alm og RSér.

	K-Alm	RSér	Heild
Fjöldi kvk / kk (heild)	25 / 11 (36)	27 / 26 (53)	52 / 37 (89)
Prósentur kvk / kk og p-gildi munar á hlutfalli	69 / 31 p<0,05	51 / 49 p=0,49	58 / 42 p=0,36
Meðalaldur (bil) og staðlfrávik	29,2 (26–34) ± 2,8	59,8 (39–81) ± 10,7	

K-Alm: Kandidatar og almennir læknar með minna en þriggja ára starfsreynslu. RSér: Reyndir sérfræðingar með 5 ár eða meira í starfsreynslu. Tölfræðilega marktækur munur er á meðalaldri K-Alm og RSér (p=0,003).

Tafla III. Upplifun þess að vinnan hamli því að mannkostir læknanna njóti sín. (Allir / K-Alm | RSér, hlutfall (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
7	Vinnan felur í sér verkefni sem stangast á við lífsgildi mín	0 0   0	0 0   0	14,6 16,7   13,2	44,9 61,1*   34,0	40,4 22,2   52,8*
8	Vinnan útheimtir að ég láti ekki bera á tilfinningum mínum	5,6 2,8   7,5	21,3 27,8   17,0	38,2 38,9   37,7	32,6 27,8   35,8	2,2 2,8   1,9
2	Ég upplifi mikið vinnuálag (stress)	11,2 5,6   15,1	44,9 63,9*   32,1	39,3 30,6   45,3	4,5 0   7,5	0 0   0
15	Það er erfitt að gera hið rétta í vinnunni	0 0   0	2,4 0   4,0	17,9 23,5   14,0	65,5 67,6   64	14,3 8,8   18
9	Ég fæ ekki nægan tíma til að vinna eftir þeim gæðastaðli sem ég tel réttan	6,7 8,3   5,7	28,1 47,2*   15,1	38,2 33,3   41,5	22,5 11,1   30,2*	4,5 0,0   7,5*
	Meðaltal	4,7 3,3   5,7	19,3 27,8   13,6	29,6 28,6   30,3	34,0 33,5   34,3	12,3 6,8   16,0
K-Alm og RSér á Íslandi og RSér Bretlandi eftir númeruðum skala						
	KAlm, Ísland: 2,92 *		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
	RSér, Ísland: 2,63 *		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
	RSér, Bretland: 2,75		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
	Tíðnibil númeraðs skala, %	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm Ísland	2,8	44,4	52,8	0	
	RSér Ísland	1,9	32,1	52,8	13,2	
	RSér Bretland	1,1	21,0	70,3	7,6	

K-Alm: Kandidatar og almennir læknar með minna en þriggja ára starfsreynslu. RSér: Reyndir sérfræðingar með 5 ár eða meira í starfsreynslu. \* p<0,05: tölfræðilega marktækur mun á milli kandidata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei“ er 1, „Sjaldnast“ er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfræðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.



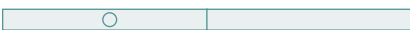
könnun af þessari gerð en karlar, en það verður ekki skoðað hér. Meðalaldur hópanna tveggja er um 29 og 60 ár (p=0,003). Aldursbil K-Alm (26–34 ár) er mun þrengra en RSér (39–81 ár) eins og búast mátti við (tafla II).

Lagðar voru fyrir staðhæfingar og spurt hversu mikið staðhæfingin ætti við um þátttakandann, starf og vinnuáðstaður hans/hennar. Allar spurningarnar 15 voru bornar fram í töflu þar sem

þátttakendur voru beðnir um að gefa svar eftir 5 stigmeyttum þrepum frá *alltaf* yfir í *aldrei*. Spurt var „Fyrir hverja staðhæfingu, vinsamlegast merktu við hversu títt það á við í þínu vinnuumhverfi“.

Spurningarnar fengu númer eftir þeirri röð sem þær voru bornar fram en niðurstöður voru teknar saman eftir fyrrgreindum klösum spurninga sem skýra ákveðnar myndir sameiginlegra efn-

Tafla IV. Upplifun lækna um stuðning á vinnustöðum hérlendis. (Allir / K-Alm | RSér (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
3	Starfsfélagar (kollegar) mínir hjálpa mér og styðja	22,5 19,4   24,5	61,8 72,2*   54,7	12,4 8,3   15,1	2,2 0   3,8	1,1 0   1,9
4	Það er komið fram við mig af sanngirni	10,1 5,6   13,2	50,6 44,4   54,7	27,0 38,9*   18,9	10,1 11,1   9,4	2,2 0   3,8
5	Ég get nýtt mínar eigin hugmyndir í vinnunni	14,6 5,6   20,8*	42,7 25   54,7*	33,7 52,8*   20,8	7,9 13,9*   3,8	1,1 2,8   0
14	Mér er unnt að hafa áhrif á ákvarðanir sem eru mikilvægar fyrir vinnu mína	8,0 0   13,5*	46,6 41,7   50	33,0 38,9   28,8	11,4 16,7   7,7	1,1 2,8   0
10	Mér líður líkt og „heima“ í vinnunni	5,6 2,8   7,5	43,8 25   56,6*	30,3 38,9   24,5	14,6 22,2*   9,4	5,6 11,1*   1,9
	Meðaltal	12,2 6,7   15,9	49,1 41,7   54,1	27,3 35,6   21,7	9,2 12,8   6,8	2,2 3,3   1,5
K-Alm og RSér á Íslandi og RSér Bretlandi eftir númeruðum skala						
	K-Alm Ísland: 3,18 *	5				1
	RSér Ísland: 3,51 *	5				1
	RSér Bretland: 3,76	5				1
	Tíðnibil númeraðs skala, %	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm - Ísland	5,6	80,6	11,1	2,8	
	RSér - Ísland	18,9	71,7	9,4	0	
	RSér - Bretland	24,6	65,9	8,7	0,7	

Líður 4 var orðaður með neikvæðu formerki í könnuninni, það er „Það er ekki komið fram við mig af sanngirni“ en til þess að halda jákvæðu svörum sömu megin í töflunni er „ekki“ tekið út hér. \* p<0,05: tölfræðilega marktækur munur á milli kandidata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei“ er 1, „Sjaldnast“ er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfræðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.

isþátta. Við skoðum hér fyrst saman í töflu svör við spurningum sem byggja á upplifun þess að vinnan hamli því að mannkostir lækna njóti sín (tafla III).

Út frá meðaltalinu er dreifing svara í átt til þess hjá flestum að vinnan hamli því *stundum* til *sjaldnast* (63,6%) að mannkostir lækna fái að njóta sín fremur en *oftast* eða *alltaf* (24,0%). Svörin við 2. spurningu skera sig þó úr á hinn veginn en þar svara K-Alm marktækt oftast (63,9%) en RSér (32,1%) að *oftast* upplifi þeir mikið vinnuálag. Það vekur eftirtekt að læknar telja sig *oftast* eða *alltaf* (34,8%) ekki fá nægan tíma til að vinna eftir þeim gæðastaðli sem þeir telja réttan, en færri (27,0%) upplifa það *sjaldnast* eða *aldrei*. Marktækur munur er þó á úrtakshópunum hvað þetta varðar.

Á númeruðum skala frá 1 til 5 er nokkur munur á milli K-Alm og RSér sem nær marktækni. Vinnan er því oftast hamlandi á mannkosti lækna hjá K-Alm en RSér.

Í næstu töflu skoðum við saman svör þess klasa spurninga sem varpa ljósi á þann stuðning sem læknar fá í vinnunni (tafla IV).

Það er áberandi að 61,3% lækna finna *alltaf* eða *oftast* fyrir þessum þáttum stuðnings í vinnunni og aðeins 11,4% finna þá *sjaldnast* eða *aldrei*. K-Alm finna marktækt oftast fyrir stuðningi starfsfélaga (spurning 3) en RSér finnst þeir marktækt oftast geta nýtt eigin hugmyndir (eða haft áhrif á mikilvægar ákvarðanir) í vinnunni (spurning 5), ásamt því að þeim líði *oftast* þar líkt og „heima“ (spurning 10). K-Alm upplifa marktækt oftast en RSér að þeir mæti bara *stundum* sanngirni. Í heild upplifa RSér marktækt meiri stuðning samkvæmt númeraða skalanum en K-Alm.

Því næst lítum við á svör við þeim klasa spurninga sem varpa ljósi á sjálfsákvörðun og sjálfraði lækna í vinnu (tafla V).

Þessi niðurstaða bendir til að sjálfraði lækna sé vel viðunandi þar sem 75,8% upplifa það ástand *oftast* eða *alltaf*. RSér upplifa þetta marktækt oftast en K-Alm eins og sjá má á mismun númeraða skalans. Fullyrðingunni „Mér er gert kleift með því sem völ er á að skila vinnunni eftir þeim gæðastaðli sem ég tel réttan“ var svarað í 24,7% tilvika með *stundum* og 7,9% með *sjaldnast*. Um þriðjungur álitur að vinnuumhverfið hamli því að hluta að læknar geti unnið eftir þeim gæðastaðli sem þeir telja réttan. Loks ber að líta á svör þess klasa spurninga um upplifun á því hversu tilfinningalega tengdir læknar eru við starf sitt (tafla VI).

Hér er afgerandi niðurstaða í átt til jákvæðra og sterkra tilfinninga til læknisstarfsins, en 94,8% þátttakenda telja sig *oftast* eða *alltaf* hafa slíkar tilfinningar. Ekki er mikill munur á K-Alm og RSér í heildina (þótt marktækur sé á númeraða skalanum) en RSér velja oftast *alltaf* en K-Alm oftast *oftast*.

## Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að vinnuumhverfi lækna hafi ýmis áhrif á það hvort þeir nái að rækta mannkosti sína og njóti sín í starfi hérlendis. Áhrifin eru til verri vegar í nokkrum mikilvægum þáttum starfsins en í heild jákvæðu megin við miðju matsþáttanna og læknar virðast djúpt tengdir fagi sínu. Neikvæð áhrif vinnuumhverfisins koma einna helst fram í klasanum um

Tafla V. Sjálfsákvörðun og sjálfræði lækna í vinnu hérlendis. (Allir / K-Alm | RSér (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
6	Ég get hagað vinnu minni í þágu sjúklinganna	14,8 2,8   23,1*	69,3 69,4   69,2	13,6 22,2*   7,7	2,3 5,6*   0	0 0   0
13	Mér er gert kleift með því sem völ er á að skila vinnunni eftir þeim gæðastaðli sem ég tel réttan	4,5 0   7,5*	62,9 52,8   69,8*	24,7 33,3   18,9	7,9 13,9*   3,8	0 0   0
	Meðaltal	9,7 1,4   15,3	66,1 61,1   69,5	19,2 27,8   13,3	5,1 9,8   1,9	0 0   0
K-Alm og RSér á Íslandi og RSér Bretlandi eftir númeruðum skala						
	K-Alm Ísland: 3,54 *	5				1
	RSér Ísland: 4,00 *	5				1
	RSér Bretland: 3,76	5				1
	Tíðnibil númeraðs skala (%)	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm - Ísland	44,4	41,7	13,9	0	
	RSér - Ísland	73,6	26,4	0	0	
	RSér - Bretland	20,3	68,5	10,1	1,1	

\*p<0,05: tölfraðilega marktækur munur á milli kandidata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei“ er 1, „Sjaldnast“ er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfraðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.

Tafla VI. Upplifun á því hversu tilfinningalega tengdir læknar eru við starf sitt.

(Allir / K-Alm | RSér, (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
12	Mér er annst um vinnuna og ég gef af tilfinningu í hana	43,8 36,1   49,1	51,7 55,6   49,1	3,4 5,6   1,9	1,1 2,8   0	0 0   0
11	Ég hef á tilfinningunni að gagn sé af vinnu minni	33,7 19,4   43,4*	57,3 61,1   54,7	6,7 13,9*   1,9	2,2 5,6*   0	0 0   0
1	Ég finn til sterks áhuga á því að gera mitt besta	56,2 41,7   66,0*	41,6 55,6*   32,1	2,2 2,8   1,9	0 0   0	0 0   0
	Meðaltal	44,6 32,4   52,8	50,2 57,4   45,3	4,1 7,4   1,9	1,1 2,8   0	0 0   0
Samanburður klasans milli RSér á Íslandi og Bretlandi eftir númeruðum skala						
	K-Alm Ísland: 4,19 *	5				1
	RSér Ísland: 4,51 *	5				1
	RSér Bretland: 4,10	5				1
	Tíðnibil númeraðs skala, %	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm - Ísland	80,6	16,7	2,8	0	
	RSér - Ísland	98,1	1,9	0	0	
	RSér - Bretland	45,3	52,9	1,8	0	

\*p<0,05: tölfraðilega marktækur munur á milli kandidata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei“ er 1, „Sjaldnast“ er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfraðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.

mannkosti lækna. Það er áhyggjuefni að um fjórðungur (24%) þátttakanda upplifir oftast eða alltaf að starfið hamli því að mannkostir þeirra njóti sín. Þar eru stærstu áhrifaþættirnir upplifun á miklu vinnuálagi, bæling tilfinninga og ónægur tími til að vinna eftir þeim gæðastaðli sem lækarnir telja réttan (tafla IV).

Samanburður við Bretland

Breska rannsóknin fór fram á þremur svæðum í Englandi og einu í Skotlandi og voru einungis reyndu sérfræðingarnir (n=276) spurð-

ir þessara spurninga. Hlutfall kvenna var 61% og karla 39%, sem er heldur hærra hlutfall kvenna en meðal íslenskra RSér.<sup>11</sup> Í klasanum um upplifun þess að vinnan hamli því að mannkostir lækna njóti sín (tafla IV) var niðurstaða okkar rannsóknar sú að 18,9% RSér voru neikvæðu megin við miðju (3.1-5) sem endurspeglar svarbilið stundum til alltaf, en RSér í rannsókn Jubilee-setursins töldu það í 22,1% tilvika, sem er svipað. Í spurningaklasanum um þætti stuðnings sem læknar fá í vinnunni (tafla V) skoruðu RSér í Bretlandi dálítið hærra (3,76) í númeraða skalanum en RSér hér-



lendis (3,49).<sup>1</sup> Upplifun K-Alm hÉrlendis af stuðningi var marktækt lægst þó oftar væri hún jákvæð en neikvæð. Í klasanum um sjálfsákvörðun og sjálfraði lækna í vinnu var upplifun Íslensku RSér jákvæðust (tafla VI) líkt og í klasanum um tilfinningalega tengingu við starfið (tafla VII) þar sem bresku RSér skoruðu meira að segja aðeins lægra en Íslensku K-Alm.

Samantekið benda niðurstöður fyrstu tveggja klasanna til markverðs og sambærilegs vanda á vinnustöðum lækna hÉrlendis og í Bretlandi. Upplifunin var neðarlega í öðrum fjórðungi (2,1-3) matsskala þess að vinnuumhverfið hamli því að fagleg manngerð þeirra njóti sín og einnig vantaði upp á þætti stuðnings, þó minnst hjá bresku RSér í því tilliti. K-Alm upplifa marktækt meiri streitu, minni stuðning og sjálfstæði í vinnu sinni en RSér hÉrlendis. Á móti finna þeir marktækt meira fyrir stuðningi starfsfélaga. Síðari klasarnir tveir um sjálfraði/sjálfsákvörðun og (sérstaklega) um tilfinningaleg tengsl við starfið koma betur út í báðum löndum. Skor K-Alm í sjálfstæði/sjálfsákvörðunar-klanum er þó lakast. Íslensku RSér skora hagstæðast í þeim og upplifa áberandi góð tilfinningaleg tengsl við starfið. Þetta bendir til að upplifun lækna af starfsumhverfi eða starfsmenningu landanna sé um margt lík en mismunandi styrkleikar og veikleikar koma fram í þeim báðum.

Í rannsókn okkar voru af neikvæðu þáttunum mest áberandi vinnuálagið, bæling tilfinninga og ónægur tími til að skila vönduðu starfi (spurningar 2, 8 og 9 í töflu IV) en af jákvæðu þáttunum mikill áhugi á að gera sitt besta og þættir sjálfsákvörðunar. Klasi 1 kom lakast út hjá læknum beggja landa og ber því nokkur merki kulnunar í starfi þótt góð útkoma í klösum 3 og 4 vegi þar á móti. Erfitt er að finna nákvæmlega ástæðurnar fyrir þessum niðurstöðum rannsóknar okkar og Jubilee-setursins. Ólíkar orsakir geta leitt til hins sama en Ísland er fámennnt land sem þarf samt að halda uppi sömu gæðum í heilbrigðisþjónustu og fjölmennari lönd. Skattfé í heild er minna og stofnanir hafa minna af sérhæfðri þjónustu. Læknar fara mikið utan í sérnám og stærð og styrkur erlendra heilbrigðisstofnana lokkar skiljanlega lækna til að setjast þar að til langframa. Þetta veikir endurnýjun í stéttinni hÉrlendis og erfitt er að viðhalda stöðugleika í mönnum stofnana með sífelldan skort á læknum á millistiginu milli kandidateita og sérfræðinga. Samkvæmt viðtali við Ölmú Möller landlækni er vítað „að ekki er nógu vel mannað víða í heilbrigðiskerfinu.“<sup>6</sup>

#### **Endurrómun umræðu um vinnuálag lækna**

Í ritstjórnargrein eftir Sigurberg Kárasón svæfinga- og gjörgæslulækni, í *Læknablaðinu* 2018, kom fram að mannekla og plássleysi á gjörgæsludeildum Landspítala hafi lengi valdið margvíslegum vandkvæðum í starfsemi spítalans sem bitnuðu bæði á sjúklingum og heilbrigðisstarfsfólki.<sup>14</sup> Elísabet Benedíks, lækni hjá gæða- og sýkingarvarnardeild Landspítala, skrifaði einnig í ritstjórnargrein um hvernig langlífi og fjölgun aldraðra eykur fjölda langveikra og með því álag á sjúkrahúsunum. Það á sér einnig stað í Bretlandi en Elísabet talar um hvernig sú sérstaka Íslenska hefð að heilbrigðisstarfsfólk taki orlof yfir fáa sumarmánuði fylli heilbrigðisstofnanir af nemum og lítt reyndu starfsfólki. Þetta vinnufyrirkomulag sé óskynsamlegt, úr sér gengið og mæti ekki þörfum um öryggi sjúklinga. Rannsóknir sýni að það stuðli oft að mistökum að lítt þjálfað fagfólk fái of mikla ábyrgð í hendur.<sup>15</sup> Okkar könnun bendir til

marktæks meira álags á minna reynda lækna (K-Alm) en á reyndu sérfræðingana (RSér).

#### **Ofmetnaður í þágu skilvirkinnar**

Í þessu kerfi mikils vinnuálags eru metnaðarfullir læknar og sérfræðingar árangursmiðaðir,<sup>16</sup> bæði í þágu þeirra veiku og afkasta heilbrigðiskerfisins. Það sem skilar hröðu greiningar- og bataferli sjúklinga er þá eitt meginatriðið. Rannsóknir benda til að þessi metnaður auki álagstilfinningu og einkenni kulnunar: að finnast maður vera úrvinda og aftengdur við sjálfan sig og starfið. Aftengingin sé að hluta meðvitað viðbragð sem dregur úr álagstilfinningu, en herði læknir á faglegum kröfum sínum auki það vandann.<sup>17</sup> Rannsóknir hafa einnig beinst að takmörkum skilvirkinnar hvað árangur og líðan varðar. Bætir það til dæmis læknis-sjúklings sambandið að þjappa því saman í tíma líkt og þegar laga þarf verkferla hreinna tæknilegra úrlausnarefna? Það er ólíklegt og rannsóknir sýna að viðtöl í tímaþröng auka óánægju sjúklinga og lækna, fjölda útgefna lyfseðla og óviðeigandi lyfjávísana, sem og líkur á lögsóknum gegn læknum.<sup>12</sup>

#### **Bæta þarf starfsskilyrði lækna**

Könnun okkar meðal læknakandidateita / almennra lækna með skemmri en 5 ára starfsreynslu og sérfræðinga með meira en 5 ára reynslu við sérfræðistörf sýndi að mikið vinnuálag og þættir sem geta hamlað því að mannkostir lækna njóti sín voru næstir því að vera neikvæðu megin við miðju. Sama má segja um þætti stuðnings hjá K-Alm. Í samanburði við niðurstöður sömu könnunar hjá sambærilegum hópi reyndra sérfræðilækna í Bretlandi er upplifun Íslensku sérfræðilækna á stuðningi nokkru neikvæðari, en jákvæðari gagnvart sjálfsákvörðun og tilfinningalegri tengingu við starfið. Rannsókn okkar sýnir í fyrsta sinn þessi tengsl vinnuumhverfis og álags á mikilvæga fagtengda mannkosti lækna hÉrlendis. Frekari rannsóknir gætu beinst að athugun á því hvaða mannkostir skipti Íslenska lækna mestu máli varðandi tilgang starfsins, vellíðan og velfarnað til lengri tíma. Einnig má kanna hvort munur sé á þessu milli ólíkra sérgreina fagsins, en erlendar rannsóknir benda til að þar liggi mun meiri munur en á milli kynja eða mismunandi starfsreynslu.<sup>8</sup> Stærð úrtaka meðal K-Alm og RSér uppfyllti ekki kröfur um 5% skekkjumörk og svarhlutfall hefði því mátt vera hærra. Einhver bjögun gæti skapast af því að sjálfvaldir þátttakendur hafi meiri áhuga á efni rannsóknarinnar en hinir sem skráðu sig ekki og sá áhugameiri hópur kynni þá að svara á einhvern annan máta. Úr því verður ekki skorið. Í ljósi fyrrgreindra fræðigreina um þá mannkosti lækna sem tengjast góðri líðan og velfarnaði í starfi benda niðurstöður okkar til að uppfylla þurfi þau starfsskilyrði að læknar geti: a) nýtt þá mannkosti sína sem lúta að kjarnagildum læknis (heiðarleika, góðvild, sanngirni, dómgreind) og b) notið sjálfraðis svo sterkur áhugi, samstarfshæfni, þrautseigja og bjartsýni, viðhaldist. Að okkar mati verður ekki nægjanlega í haginn búið fyrir fagfólk með launabótum og auknum frítökurétti heldur benda rannsóknir og reynsla þeirra sem gerst þekkja til álags heilbrigðiskerfisins að uppbygging þess þurfi að fylgja auknum þörfum, álagi og gæðakröfum hvers tíma. Þjóðfélagið ætti að gera læknum kleift að starfa eftir hugsjón sinni

um fagmennsku án hamlandi áhrifa frá ófullnægjandi starfsumhverfi.

## Þakkir

Höfundar þakka Kristjáni Kristjánssyni, Stephen Earl og Francisco Moller við Jubilee-rannsóknarsetrið við Birmingham-háskóla í Bretlandi fyrir góða aðstoð við undirbúning og úrvinnslu rannsóknarinnar. Starfsfólki á skrifstofum Hugvísindastofnunar og heilbrigðisvísindasviðs HÍ eru jafnframt færðar þakkir fyrir veitta aðstoð. Þátttakendum er þakkað fyrir tíma sinn og veitt svör.

Rannsóknin er hluti af stærra rannsóknarverkefni (Siðrænar dygðir og læknismenntun) sem innifól úrtakshóp á meðal læknanema við læknaeild HÍ á 1.-3. námsári. Sökum þess að læknanemar hafa ekki starfsreynslu sem læknar tók þessi hluti rannsóknarinnar ekki til þeirra.

Greinin barst til blaðsins 21. maí 2021,  
samþykkt til birtingar 18. október 2021.

## Heimildir

1. Arthur J, Kristjánsson K, Thomas H, et al. Virtuous Medical Practice - Research Report. Research Report. Jubilee Centre for Character and Virtue, Birmingham, UK 2015.
2. Commission EE. ESS Standard for Quality Reports. European Communities, Luxembourg 2009. ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-08-015 – maí 2021
3. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða. 2. útg. Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan, Reykjavík 2003.
4. Littman-Ovadia H, Steger M. Character strengths and well-being among volunteers and employees: Toward an integrative model. *J Posit Psychol* 2010; 5: 419-30.
5. Angerer P, Weigl M. Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review. *Profess Professionalism* 2015; 5.
6. Gunnarsdóttir GA. Landlæknir vill að kynferðisáreitnið verði skoðað strax. *Læknaþlaðið* 2019; 105: 86.
7. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hospital Psychiatry* 2013; 35: 45-9.
8. Huber A, Strecker C, Kachel T, et al. Character Strengths Profiles in Medical Professionals and Their Impact on Well-Being. *Front Psychol* 2020; 11.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7. útg.. Oxford University Press, Oxford, New York 2013.
10. Aristóteles. Siðfræði Níkomakkosar. 2. útg. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 2011.
11. Sigurbjörnsson S. Siðrænar dygðir og læknismenntun – Hugmyndalegur grunnur að mannkostamenntun lækna. [Meistararitgerð]. Háskóli Íslands, Reykjavík 2020.
12. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 1999; 14: S34-S40.
13. Haraldsson G. Læknar á Íslandi. 4. útg. Þjóðsaga ehf. Reykjavík 2000.
14. Kárason S. Tólf gjörgæslurúm á Landspítala - dugar það til? *Læknaþlaðið* 2018; 104: 333.
15. Benediktz E. Öryggi sjúklinga og flækjustig nútíma heilbrigðisþjónustu. *Læknaþlaðið* 2018; 104: 167.
16. McManus IC, Winder BC, Gordon D. Are UK doctors particularly stressed? *Lancet* 1999; 354: 1358-9.
17. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359: 2089-90.

## ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/ibl.2021.12.666

### Professional moral character of physicians and clinical working environment

Svanur Sigurbjörnsson<sup>1</sup>  
Vilhjálmur Árnason<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Medicine <sup>2</sup>Faculty of History and Philosophy,  
University of Iceland.

Correspondence: Svanur Sigurbjörnsson, [svan@hi.is](mailto:svan@hi.is)

**Key words:** professional moral character, clinical working environment, stress, good medical practice, autonomy, virtue ethics

**INTRODUCTION.** A survey of the experience of Icelandic medical candidates, general physicians, and specialty physicians of clinical work, aimed to show how the working environment affects doctors' moral character and experience of support, well-being and expectations. For comparison, results of a British survey with the same questions for specialty physicians were used.

**MATERIAL AND METHODS.** A total of 89 physicians answered 15 questions. Statistical comparison was made between results from topical clusters of questions.

**RESULTS.** The results show a significant problem in work conditions of Icelandic doctors. Their experience is rated low in the second quarter (2,1 – 3,0) on a numerical scale of how the environment thwarts professional character and of lack of support. In comparison with British specialists, their experience is similar but slightly better regarding supportiveness. Icelandic candidates and general physicians experience significantly more stress, less support and autonomy in their work than specialists. Compared to the British, the experience of Icelandic specialists was more positive about professional autonomy and emotional attachment to the work. Our survey shows for the first time the effect of the working environment on professional virtues of Icelandic doctors.

**DISCUSSION.** These findings resonate with the literature that the moral character of doctors contributes to satisfaction, flourishing and experience of meaningfulness. They substantiate views raised by Icelandic physicians about tremendous work stress and scarcity of staff. The survey demonstrates the doctors' experience of work-related challenges and provides reasons for society to improve their working conditions to enable them to live up to their ideals.