
Opptak på medisinstudiet – bør vi vurdere mer enn karakterer?

KRONIKK

INGRID OS

ingrid.os@medisin.uio.no

Ingrid Os er prodekan for utdanning og professor dr.med. ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

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

METTE LANGBALLE

Mette Langballe er seniorrådgiver ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

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

HELGE LEANDER B. JENSEN

Helge Leander B. Jensen er medisin- og forskerlinjestudent ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

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

ELIN OLAUG ROSVOLD

Elin Olaus Rosvold er programleder ved medisinstudiet og professor dr.med. ved Det medisinske fakultet, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

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

UNN-HILDE GRASMO-WENDLER

Unn-Hilde Grasmø-Wendler er fakultetsdirektør ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

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

Norge er ett av få land som primært legger vekt på karakterer ved opptak på medisinstudiet, men sikrer det at de beste studentene blir valgt ut? Bør vi legge andre kriterier til grunn?



Illustrasjonsfoto: Elly Walton-NTB Scanpix

Medisinstudiet har vært lukket siden 1940, og opptakskravene er høye. Hvert år søker flere tusen personer opptak ved de fire universitetene i Norge som tilbyr dette studiet, mens antall studieplasser i 2017 var vel 660. Halvparten av søkerne blir tatt opp på grunnlag av førstegangsvitnemål. Ved ordinært opptak (dvs. vitnemål pluss tilleggspoeng) har studentene en høyere poengskår, for eksempel alderspoeng og tilleggsgutdannning. Antall norske leger som utdannes i utlandet, har økt de siste 20 årene. Norge utdanner i dag kun i overkant av 50 % av det faktiske legebehovet, men Legeforeningens president mener at Norge burde utdanne minst 85 % av behovet [\(1\)](#). Stortinget har i forbindelse med statsbudsjettet for 2018 bedt regjeringen om å øke antall norske studieplasser for medisin [\(2, 3\)](#). Dette vil kunne bidra til å sikre bedre helsetjenester i grisevredte strøk. I Storbritannia økes antall studieplasser i medisin med 25 % i 2018 [\(4\)](#), der det vært et tydelig ønske fra myndighetene om et større mangfold blant studentene for å speile befolkningen bedre og sikre god nok legedekning innenfor sårbare fagområder. Det er på tide å vurdere opptaksordningene til medisinstudiet i Norge og se om andre kriterier enn de vi bruker i dag, er aktuelle. Bruk av objektive og subjektive vurderingsmetoder i tillegg til karakterer er vanlig i store deler av verden.

Alder

Professor Edvind Schei foreslo i 2015 en aldersgrense på minst 21 år for opptak, med den begrunnelse at yngre personer ikke har nok livserfaring for å kunne håndtere pasienter [\(5\)](#). Medisinstudentene Rasmus Bakken og Eivind Valestrand argumenterte mot dette og trakk i stedet frem behovet for relevant arbeidserfaring [\(6\)](#). Ved Linköpings universitet er det en egen kvote for studenter med dokumentert og relevant arbeidserfaring innenfor helsevesenet i mer enn 50 % stilling i minst to år etter fylte 19 år [\(7\)](#). I dagens opptaksordning i Norge kan studenter over 20 år få to alderspoeng for hvert år, maksimalt åtte poeng – uten krav til relevant arbeid eller utdanning. Ordningen kan kritiseres for å legge til rette for sen studiestart og kortere tid i arbeidslivet.

Forbedring av karakterer

En rekke privatskoler tilbyr i dag forbedring av karakterer fra videregående skole med karaktergaranti. For eksempel har Bjørknes Privatskole laget egne «medisinpakker» som koster 48 000–50 000 kroner [\(8\)](#). Ifølge Utdanningsdirektoratet har privatisteksamener økt betydelig i de senere år, og i 2017 meldte 71 020 personer seg opp som privatister i fag fra videregående skole, en økning på nærmere 30 000 fra 2009 [\(9\)](#).

Vi mener at terskelen for å ta opp fag er for lav. Kostnadene og tidsbruk er svært høye for den enkelte elev, og det medfører en særskilt seleksjon av studenter som begrenser et ønsket mangfold. Ikke minst er det bekymringsfullt at forbedring av karakterer innebærer repetisjon av allerede gjennomgått kunnskap og ikke tilegnelse av ny lærdom. Det er uheldig at mange elever bruker lang tid på å komme inn på studiet og derved kommer sent ut i arbeidslivet. Studentene som samler poeng ved å ta annen høyere utdanning, kan blokkere studieplasser for andre som ønsker å gjennomføre det aktuelle studiet. Ordningen med å forbedre poengskår for opptak har store økonomiske konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet.

Mangfold blant studenter

Medisinstudenter fra lavere sosioøkonomisk klasser er underrepresentert i vestlige land, også i Skandinavia [\(10–17\)](#). Ifølge en studie fra mer enn 10 år tilbake [\(13\)](#) viste erfaringer fra Syddansk universitet i Odense at alternative opptaksordninger som motivasjonsbrev, fremtidsplaner og refleksjonsnotat ikke medførte endringer i sosiale forskjeller i studentgruppen. Dette var bakgrunnen for at universitetet i 2008 gikk over til en ny generisk studiekompetansetest [\(18\)](#). Testen gjennomføres for halvparten av medisinstudentene (kvote 2), og karakterkravet er lavere enn i såkalt kvote 1, som baserer seg på karaktersnittet fra videregående skole. I en intern rapport

fra universitetet fremkommer det at de nye alternative opptakskravene bidro til at frafallet i det første studieåret ble halvert [\(18\)](#), en erfaring som er delt med andre universitet [\(19\)](#). I motsetning til norske elever har ikke danske elever mulighet for å forbedre karakterer fra videregående skole dersom de ikke kommer inn på kvote 1. De har da anledning til å søke i kvote 2. I Storbritannia har det vært mye politisk oppmerksomhet mot mangfold blant studenter og at «utvidet studentopptak» skulle avspeile befolkningen bedre [\(17\)](#). Tidligere opptak basert på karakterer alene medførte en homogen studentmasse fra øvre sosiale klasse.

En kvoteordning for samer ble etablert ved Universitetet i Bergen i 1963. Ved Universitetet i Tromsø har det siden oppstart i 1973 vært tilrettelagt for samiske studenter, først som ekstra poeng, senere som en egen dedikert kvote for to studieplasser. Forutsetningene er samisk språk eller samisk identitet [\(20\)](#). Nordnorsk kvoteordning ble etablert for flere studieprogrammer ved Universitetet i Tromsø. Det har blant annet medført at det er lettere å komme inn i den nordnorske kvoten enn den samiske [\(21\)](#). Et godt rekrutteringsgrunnlag blant nordnorsk ungdom er viktig for å få flere til å bosette seg i Nord-Norge etter endt utdanning. Ved universitetet er 60 % av studieplassene på medisin reservert for søkere med nordnorsk tilhørighet [\(22\)](#).

Blant over 3 700 medisinstudenter i 2017 var det 6,7 % innvandrere og 6,5 % norskfødte med innvandrerforeldre, ifølge Statistisk sentralbyrå [\(23\)](#). Dette samsvarer godt med befolkningen for øvrig. Det var ingen forskjell mellom andel kvinner (12,8 %) og menn (14,3 %) blant medisinstudenter med innvandrerbakgrunn. Det er ellers dominans av kvinner på medisinstudiet. I andre helsefag i Norge er det en betydelig overrepresentasjon av studenter med innvandrerbakgrunn [\(23\)](#). I England er etniske minoriteter, spesielt med asiatisk bakgrunn, overrepresentert i medisinstudiet [\(17\)](#). I en studentundersøkelse fra USA fant man at økt mangfold blant medisinstudentene bidro til bedre læring [\(24\)](#).

Universitetene i Australia krever at 25 % av studentene skal komme fra landsbygda, og 18 universiteter har etablert såkalte «rural clinical schools» [\(25\)](#). Tilrettelegging for søkere fra lavere sosioøkonomiske klasser som f.eks. urbefolkningen i Australia og New Zealand [\(11\)](#) har bidratt til mer rettferdige inntaksordninger og skal sikre rekruttering av leger til sparsomt befolkede områder. I Norge er det obligatorisk utplassering til mindre sykehus og kommunehelsetjenesten i minst 12 uker. Totalt skal studentene ha minimum 24 uker klinisk praksis. Dette kan bidra til økt interesse for legearbeid utenfor universitetsbyene. Medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø ligner den australske modellen mest, med fra 25 til 100 % av studentene utplassert i praksis utenfor universitetsbyene i mer enn ett år.

Mannskvotering?

I England har det gjennom mange år vært ca. 55–60 % kvinner i medisinstudiet, men de siste 10 år har det vært en liten økning i inntak av mannlige studenter. Bruk av egnethetstester ser ut til å jevne ut kjønnsbalansen

(18, 19, 26). Kvotering som virkemiddel for å oppnå jevnere kjønnsbalanse i utdanning og i yrkesliv er diskuteres med jevne mellomrom, og også hvilken andel det underrepresenterte kjønn skal ha før kvotering iverksettes. Det er nå blitt åpnet for kjønnskvalitetsforskjeller i Norge, men ikke for medisinstudiet.

Valg av videregående skole

Det er påvist store forskjeller i kvalitet og fullføringsgrad i de videregående skolene, både mellom regioner, fylker, enkeltskoler og klasser. Ulike styringsopplegg og lærerressurser er sannsynlige faktorer som bidrar til de store forskjellene. Utdanningsnivå og utdanningskultur henger sammen med sosiale forskjeller (27). Når det er så store kvalitetsforskjeller i videregående skole, kan det påvirke valgmulighetene for senere studier.

Er det en reell mulighet til å velge mellom ulike videregående skoler i de ulike landsdelene? Valg av fagkombinasjoner/linjer i videregående skole skjer for den enkelte elev på 1. klassetrinn. Fagkombinasjonen vil kunne påvirke senere studievalg. Muligheten til å forbedre karakterer i enkeltfag, å velge «gode» skoler eller private skoler, eller å gå opp som privatist blir brukt for å komme inn på studier med høye karakterkrav. Det er ingen øvre grense for hvor mange ganger et fag kan tas opp igjen. Det favoriserer elever som bor i byer, og det favoriserer de som har mulighet til å bo hjemme mens de forbedrer karakterer. Dette bidrar ikke bare til en sosial skjevhet ved opptak, men kan også påvirke rekruttering av leger til grisgrendte strøk negativt. Kvoteringsordningen som Universitetet i Tromsø har hatt i mer enn 40 år, har hatt som siktemål å bedre legedekningen i sårbare områder.

Nye opptakskriterier

Poengjag med økonomiske kostnader for den enkelte og samfunnet, forsterking av sosioøkonomiske forskjeller og rekruttering av leger til distriktene er alle problemer som delvis er et resultat av dagens opptaksordning. Det bør fortsatt stilles krav til gode karakterer, men det er gode grunner for å vurdere endringer i opptakskriteriene, ikke minst for å sikre et mangfold blant fremtidens leger.

LITTERATUR

1. Johannessen LB. Behov for flere studieplasser i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 1127.
2. Statsbudsjettet for 2018. Oslo: Stortingets administrasjon, 2017: 94. <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/budsjettsiden/blabok2018.pdf> (18.6.2018).
3. Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019).

4. McManus C. Hunt promises 25% more medical students in 2018. BMJ 2016; 355: i5480. [PubMed][CrossRef]
5. Storvik AG. Vil ha 21 års aldersgrense på medisinstudiet. Dagens medisin 14.4.2014. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/04/14/vil-ha-21-ars-aldersgrense-pa-medisinstudiet/> (15.4.2018).
6. Bakken R, Valestrand EA. Hvem skal bli lege? Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 135: 1235. [PubMed][CrossRef]
7. Linköpings universitet. Särskilt (alternativt) urval Medicinska fakulteten. <https://liu.se/artikel/sarskilt-urval-medicinska-fakulteten> (15.4.2018).
8. Bjørknes privatskole. Fagpakker. <https://bjorknesprivatskole.no/fagpakker/> (15.4.2018).
9. Furuly T. Professor: For lett å ta opp fag etter videregående skole. NRK 16.8.2017. https://www.nrk.no/norge/professor_-for-lett-a-ta-opp-fag-etter-videregaende-skole-1.13644852 (15.4.2018).
10. Puddey IB, Mercer A. Socio-economic predictors of performance in the undergraduate medicine and health sciences admission test (UMAT). BMC Med Educ 2013; 13: 155. [PubMed][CrossRef]
11. Powis D, James D, Ferguson E. Demographic and socio-economic associations with academic attainment (UCAS tariff scores) in applicants to medical school. Med Educ 2007; 41: 242 - 9. [PubMed][CrossRef]
12. Pedersen LT, Bak NH, Petersson BH. Social recruitment of medical students in year group 2006 and 2007 at the University of Copenhagen. Ugeskr Laeger 2010; 172: 206 - 10. [PubMed]
13. O'Neill L, Vonsild MC, Wallstedt B et al. Admission criteria and diversity in medical school. Med Educ 2013; 47: 557 - 61. [PubMed][CrossRef]
14. Hansen MN. Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2213 - 5. [PubMed]
15. Hansen MN. Privatskole og karakterer på medisinstudiet. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2216 - 8. [PubMed]
16. Cleland JA, Dowell J, McLachlan J et al. Identifying best practice in the selection of medical students. London: General Medical Council; 2012. <https://www.gmc-uk.org/about/what-we-do-and-why/data-and-research/research-and-insight-archive/identifying-best-practice-in-the-selection-of-medical-students> (18.6.2018).
17. Selection Alliance 2017 Report. An update on the Medical Schools Council's work in selection and widening participation. <https://www.medschools.ac.uk/media/2388/msc-selection-alliance-2017-report.pdf> (18.6.2018).

18. Vonsild MC, Wallstedt B, Schibler AH. Testbaseret optag til videregående uddannelser. Dansk Universitetspædagogisk Tidsskrift 2016; 11: 130 - 43.
 19. Kraft HG, Lamina C, Kluckner T et al. Paradise lost or paradise regained? Changes in admission system affect academic performance and drop-out rates of medical students. Med Teach 2013; 35: e1123 - 9. [PubMed]
[CrossRef]
 20. Gaski M, Abelsen B. Hvor blir det av de samiske legene? Rapport 2008:4. Alta: NORUT.
http://norut.no/sites/default/files/static_files/content/download/3255696/6645991/Rapport_2008_4.pdf (18.6.2018).
 21. Gaski M, Abelsen B, Hasvold T. Forty years of allocated seats for Sami medical students - has preferential admission worked? Rural Remote Health 2008; 8: 845. [PubMed]
 22. Samordna opptak. Kvote for nordnorske søkere.
<https://www.samordnaopptak.no/info/opptak/opptakskvoter/kvote-for-nordnorske-sokere-UIT.html> (18.4.2018).
 23. Statistisk sentralbyrå. Studenter i høyere utdanning. Tabell 6.
<https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utuvh> (18.4.2018).
 24. Whitla DK, Orfield G, Silen W et al. Educational benefits of diversity in medical school: a survey of students. Acad Med 2003; 78: 460 - 6. [PubMed]
[CrossRef]
 25. Greenhill JA, Walker J, Playford D. Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum. Rural Remote Health 2015; 15: 2991. [PubMed]
 26. Coates H, Edwards D, Friedman T. Student aptitude test for tertiary admission (SATTA) pilot program. Melbourne: Australian Council for Educational Research; 2010.
https://research.acer.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1022&context=higher_education (18.6.2018).
 27. Meld. St. 21 (2016–2017). Lærelyst – tidlig innsats og kvalitet i skolen.
-

Publisert: 21. august 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0385
Mottatt 2.5.2018, første revisjon innsendt 14.6.2018, godkjent 18.6.2018.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.