

---

## Hva ville Ole Brumm sagt?

---

MARTON KÖNIG

[marton.konig@tidsskriftet.no](mailto:marton.konig@tidsskriftet.no)

Marton König er medisinsk redaktør i Tidsskriftet. Han er lege, lektor og forsker ved Nevrokirurgisk avdeling, Oslo universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo.

---

**Når det skal opprettes nye studieplasser, må man ta hensyn til både samfunnets, studentenes og pasientenes beste. Men hvilket hensyn er viktigst?**



Foto: Øystein Horgmo

For å dekke legebehovet i Norge må mange ta utdanningen i utlandet. Samtidig er Norge gjennom internasjonale avtaler forpliktet til å ta et større ansvar for å utdanne eget helsepersonell (1). Grimstad-utvalget anbefaler at det i løpet av åtte år opprettes 440 nye studieplasser i Norge, slik at 80 % av norske leger kan utdannes her (2). Det skal også bli mindre attraktivt å studere i utlandet.

Antallet norske medisinstudenter i utlandet har vokst fra 2 380 i 2009 til 3 166 i 2018. I samme periode var det en svak vekst i antall studieplasser i Norge, fra 580 til 636 (2). I dag utdannes altså nesten halvparten av norske leger utenfor landets grenser, de fleste av dem (> 75 %) i Polen, Ungarn, Slovakia og Tsjekkia (3). I tillegg er nesten hver femte yrkesaktive lege utenlandsk statsborger, hvorav svært få har utdanning fra Norge (4). Legehjelpen pasienter får i Norge hviler derfor på et fargerikt faglig og kulturelt grunnlag.

Medisinstudiene ved norske læresteder søker å fremme forståelsen for behovene til det norske helsevesenet og pasientene som bor i Norge. Utenlands er det en annen tilnærming til både medisnutdanningen og legeyrket. Sammenliknet med de fleste studiestedene i Norge er de øst-europeiske kjent for å ha større fokus på basalfag. Der sier man gjerne at det er anatomen som bestemmer *om* du blir lege, og farmakologen som bestemmer *når* du blir det. Studenter flest får ikke møte pasienter før etter tre lange prekliniske år. Studiet er preget av kontinuerlig testing av kunnskap (eller mangel på den). Den kliniske undervisningen lider under de samme utfordringene som helsevesenet for øvrig: lite ressurser, overarbeidet helsepersonell og et system få forstår seg på og som fremdeles har røtter tilbake til kommunismen. Situasjonen forverres ytterligere av at de fleste pasientene ikke snakker engelsk (russisk var obligatorisk fremmedspråk inntil 1989).

*«Vi har et ansvar for å kartlegge, og eventuelt erstatte, det vi mister dersom vi øker utdanningskapasiteten i Norge på bekostning av studieplasser i utlandet»*

I Norge er testing av kunnskap til tider basert på tilfeldigheter (loddtrekning), og mitt inntrykk er at lærerne ønsker å finne ut av hva kandidatene kan, istedenfor hva de *ikke* kan. Faglærerne er frikjøpt fra andre funksjoner når de underviser. Begreper som trivsel, medvirkning, karriereveiledning og forskningsmuligheter er sentrale for studenter i Norge, mens de nok er nokså ikke-eksisterende blant norske medisinstudenter i Øst-Europa.

Jeg har vært medisinstudent, lege, forsker, underviser, statsborger og pasient først i Ungarn og senere i Norge. Jeg blir ofte spurt om hvilket studium som var best. Svaret er enkelt: en kombinasjon av begge – Øst-Europas «teoretiske tyranni» kombinert med skandinavisk klinisk undervisning og det demokratiske menneskesynet.

Medisinstudiene i Norge tilpasses ikke bare fagets utvikling, men også samfunnets normer. Belastningen skal være optimal, undervisningen tilrettelagt (allikevel ikke obligatorisk), underviseren populær, eksamener objektive og vurderingene rettferdige. Undervisning av grunnleggende teoretisk kunnskap (for eksempel anatomi, fysiologi, farmakologi) må derfor ofte vike for andre fag (5). Argumentene om objektivitet og rettferdighet har svekket den

mundtlige eksamenens rolle under utdanningen, og det er stadig færre muligheter for å foreta en helhetlig vurdering av studentenes personlige egnethet.

Globalisering og rask faglig utvikling har medført at sammensatt kulturell kompetanse, tverrfaglighet og internasjonalt samarbeid har blitt grunnleggende i vårt yrke (6). Parallelt med at andelen leger som utdannes i Norge økes, må vi fortsette å diskutere utdanningens innhold. Vi vet ikke så mye om hva som kjennetegner utenlandsstudentene i dag, men en studie fra 2001 viste at de brukte langt flere timer til studierelaterte aktiviteter og ble oppfattet som mer robuste enn medisinstudenter i Norge. Samtidig ønsket færre av dem å bli spesialister i allmennmedisin og psykiatri, de fagområdene hvor mangelen er størst i Norge (7).

Vi har et ansvar for å kartlegge, og eventuelt erstatte, det vi mister dersom vi øker utdanningskapasiteten i Norge på bekostning av studieplasser i utlandet. Bred basal og klinisk medisinsk kompetanse gir robuste leger med økt tilpasningsevne og kreativitet (7, 8). I vårt helsevesen hviler denne kompetansen på et fargerikt grunnlag. Tør vi virkelig bare å fjerne noen av fargene istedenfor å ta dem med oss inn i fremtiden?

---

## LITTERATUR

1. WHO Code of practice on the International Recruitment of Health Personnel. World Health Organization.  
<https://www.who.int/hrh/migration/en> Lest 14.10.2019.
2. Grimstad H, Hunskaar S, Braut GS et al. Studieplasser i medisin i Norge. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2019.
3. Yrkesaktive leger under 70 år i Norge etter statsborgerskap og utdanningsland per 4.3.2016. Den norske legeforening.  
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/statsborgerskap> Lest 14.10.2019.
4. Yrkesaktive leger under 70 år i Norge 2001-2019. Den norske legeforening.  
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/statsborgerskap> Lest 14.10.2019.
5. Frich JC, Middelthon IM, Os I. Revisjonen av medisinstudiet i Oslo – Oslo «2014». Michael. 2016; 13: 50–60.
6. Jha V, Mclean M, Gibbs TJ et al. Medical professionalism across cultures: a challenge for medicine and medical education. Med Teach 2015; 37: 74–80. [PubMed][CrossRef]
7. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Norske medisinstudenter i utlandet – karriereplaner, personlighet, røyking og alkoholbruk. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1677–82. [PubMed]
8. Weston WW. Do we pay enough attention to science in medical education? Can Med Educ J 2018; 9: e109–14. [PubMed]

