

Michael



Publication Series of The Norwegian Medical Society



Medisinsk grunnutdanning

1/22



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769-1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling, but was at last accepted as an apprentice in an apothecary's dispensary in the city of Fredrikstad at the age of 16. During his youth he tried through hard work and by means of an intensive self-discipline to overcome his handicap, and he really succeeded, except for in stressed situations.

Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, entered positions in Copenhagen hospitals and at the University, where he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. Medical teaching was supposed to commence from the very beginning, and from 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. Among other achievements, he published an authoritative textbook in forensic medicine in 1838. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791-1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing Det norske medicinske Selskab (The Norwegian Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine.

Michael is devoted to the memory of the man who first realized the importance of a regular, national medical publication activity in Norway and implemented his ideas in 1826. *Michael* is published by the same association as was founded by Michael Skjelderup and his colleagues – Det norske medicinske Selskab.

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 19 / 1 / 2022

Medisinsk grunnutdanning



Michael 2022; 19: 1–104



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medisinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journals) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



The Norwegian Medical Society 2022
P.o.box 1152 Sentrum
N-0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design and graphic production: 07 Media – 07.no, Norway, 2022

Innhold

| | |
|--|----|
| <i>Leder – Medisinsk utdanning i stadig endring</i> <i>Hilde Grimstad</i> | 7 |
| <i>Originalartikkel – Nyutdannede norske legers tilfredshet med utdanningen i Norge og i utlandet</i> <i>Marte E. S. Ulvestad, Jannecke Wiers-Jenssen</i> | 14 |
| <i>Kronikk – Medisinutdanningen – gammeldags motor i ny bil</i> <i>Olaf Gjerløw Aasland</i> | 32 |
| <i>Kronikk – Hva er medisinstudentene opptatt av?</i> <i>Maja Elisabeth Mikkelsen, Stig Erlend Almåsbygg, Evgenia Taranova</i> | 44 |
| <i>Kronikk – Fra turnustjeneste til LIS1</i> <i>Karin Straume</i> | 52 |
| <i>Debatt – Utdanning i bærekraft i medisinstudiet</i> <i>Per Grøttum, Eivind Engebretsen, Kristin Heggen</i> | 58 |
| <i>Debatt – Medisinstudium eller legeskole – et evig dilemma</i> <i>Øivind Larsen</i> | 62 |
| <i>Fra redaktørene – Politikk er å ville</i> <i>Erlend Hem</i> | 67 |
| <i>Bokanmeldelse – Gjensyn med de sosiale ulikhetene</i> <i>Steinar Westin</i> | 68 |

| | |
|---|----|
| <i>Bokanmeldelse – Ulikhet i norsk virkelighet</i> <i>Øivind Larsen</i> | 72 |
| <i>Bokanmeldelse – Samfunn og sykdom</i> <i>Olaug S. Lian</i> | 75 |
| <i>Bokanmeldelse – Entusiastisk fagformidling om hjernen</i> <i>Lasse Pihlstrøm</i> | 77 |
| <i>Bokmelding – Fengande guide til genetikken</i> <i>Kristine Lillestøl</i> | 79 |
| <i>Bokanmeldelse – Farvel stigmatisering, velkommen helhetstenkning</i> <i>Linn Okkenhaug Getz</i> | 81 |
| <i>Bokanmeldelse – Epidemier på svensk og dansk</i> <i>Stig Sophus Frøland</i> | 84 |
| <i>Bokanmeldelse – Innføring i klinisk forskning og fagutvikling</i> <i>Annetine Staff</i> | 88 |
| <i>Bokanmeldelse – Allmennlegers allsidighet og tilhørighet</i> <i>Magne Nylenna</i> | 90 |
| <i>Bokanmeldelse – Lite nytt om Katti Anker Møller</i> <i>Kari Tove Elvbakken</i> | 92 |
| Det norske medisinske Selskab 2021 <i>Magne Nylenna</i> | 96 |

Medisinsk utdanning i stadig endring

Michael 2022; 19: 7–13.

For å utdanne gode leger som kan bidra til gode helsetjenester i hele landet, er vi avhengig av at helsetjenestene og universitetene samarbeider tett. Både kommunene og helseforetakene har ansvar for spesialistutdanningen av leger i tillegg til alle studentene som er i praksis. Utdanningsoppgavene er imidlertid i liten grad på dagsorden i ledelsen av helsetjenesten, og det settes av lite ressurser til utdanningsaktiviteten.

Medisinstudentene bør få mulighet til å utvikle seg fra flinke studenter som ser detaljene, til kunnskapsrike leger som kan håndtere komplekse situasjoner både på individ- og samfunnsnivå. Studentene bør få bedre muligheter til å trene på dette i trygge omgivelser med god veiledning og supervisjon. Medisinsk pedagogikk er et felt i utvikling og en god støtte for dem som skal undervise medisinstudentene til å bli morgendagens gode leger.

Flere sider ved medisinsk utdanning belyses i dette nummeret av *Michael* (1–6).

Norge har høy legedekning sammenliknet med andre OECD-land, 5,2 leger per 1000 innbyggere (7). Samtidig utdanner vi få leger i Norge i forhold til innbyggertall, 10,9 leger per 100.000 innbyggere gir oss 26. plass blant 36 OECD-land (8). Som nasjon baserer vi oss på at noen andre utdanner mange av de legene vi trenger. Hvor og hvordan de utdannes, har fått lite oppmerksomhet fram til Grimstadutvalget leverte sin rapport høsten 2019 (9). Samtidig som nesten halyparten av norske medisinstudenter studerer i utlandet, har vi fått en sterkere nasjonal styring av innholdet i medisinstudiene gjennom «Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinsk utdanning» (10) som er en del av nasjonale retningslinjer for alle helse- og sosialfagutdanninger i Norge (RETHOS) (11). Målet er at utdanningene skal være «framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov og

brukernes behov» (11). Retningslinjene for medisinstudiet beskriver formålet med utdanningen, læringsutbyttebeskrivelser for fullført studium inndelt i kompetanseområder og studiets oppbygning og praksisstudier.

Hva betyr studiested?

Innenfor EU/EØS-området er medisinstudiet harmonisert gjennom yrkeskvalifikasjonsdirektivet (12). Autorisasjon i utdanningslandet gir rett til autorisasjon i andre EU/EØS-land (13). Vi kan altså ikke stille krav om at leger utdannet i andre EU/EØS-land skal ha den samme kompetansen som vi nå krever at leger utdannet i Norge skal ha. Vil RETHOS-forskriften for medisinstudier ha noen effekt når den kun gjelder omtrent halvparten av de nye legene?

Aasland begrunner påstanden om at studiested i liten grad har effekt på legers helse, atferd, arbeidsforhold og karrierevalg med tallrike studier fra Legeforskningsinstituttet (LEFO) (2). Aasland konkluderer med at den første tiden i arbeid sannsynligvis er mer formende for en lege enn studietiden.

En artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* i januar 2022, viser at opptak av studenter med oppvekst i distrikt, innhold i utdanningen relevant for arbeid i distrikt, og at klinisk praksis og andre deler av medisinsk grunnutdanningen skjer desentralt, fører til at en større andel av legene velger å arbeide i distrikt og som generalist (14). En annen artikkel i samme nummer av *Tidsskriftet* viser at det desentrale studieløpet fra UiT Norges arktiske universitet i Bodø, utdannet flere leger som valgte å arbeide i allmennmedisin enn leger fra de øvrige studiestedene i Norge (15).

Medisinsk utdanning skjer i nær tilknytning til helsetjenesten, og vi vet at helsetjenesten og utformingen av legerollen er forskjellig i ulike land, også innenfor EU/EØS.

Ulvestad & Wiers-Jenssen har undersøkt i hvilken grad norske leger utdannet i utlandet var tilfreds med utdanningen sammenliknet med norskutdannete. Resultatene viser at de som hadde studert i Danmark var mest tilfreds, og mer tilfreds enn norskutdannete, mens de som hadde studert i Øst-Europa var minst tilfreds med lærestedet og de faglige/pedagogiske sidene ved utdanningen. Forfatterne minner om at tilfredshet med utdanning ikke er det samme som kvalitet på utdanning (1).

I arbeidet med Grimstadutvalgets rapport fant vi ingen gode kilder for utdanningskvalitet ved studiesteder i utlandet der det er mange norske medisinstudenter eller kvalitet på legene som var utdannet der. I arbeidet vårt kom det fram at flere av studentene i Øst-Europa opplevde utdanningskulturen og undervisernes og legenes rolle som annerledes enn hva de

kjente til fra Norge. Blant annet var professorer og leger mer autoritære. Om dette har påvirkning på norske ungdommers utvikling i sine legeroller vet vi ikke.

Universitet og helsetjeneste er gjensidig avhengig av hverandre

Aasland viser til artikkelen «Health professionals for a new century» (16), som skisserer at vi er inne i en tredje generasjon av studieplaner, de systembaserte. Disse studieplanene bygger på kompetansebasert utdanning og bør ha et utbredt samarbeid mellom utdanningssystemet og helsetjenestesystemene for å løse de helseutfordringene verden står ovenfor.

Hvis det er slik som Aasland beskriver, at formingen av leger først og fremst skjer i den første tida etter utdanningen, bør universitet og helsetjeneste i større grad samarbeide om å bygge den nødvendige kompetansen for dagens og fremtidens helseutfordringer. Reformen i studieplanen som ikke følges opp av forventninger i helsetjenesten, har liten effekt. På samme måte er det krevende for helsetjenesten å gjennomføre endringer dersom studentene ikke er forberedt på nye måter å arbeide på.

Ifølge styringssystemet for utdanning i Europa (17), som er videreført i Norge som det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket (18), skal vi ha kompetansebaserte utdanninger. Dette innebærer at en utdanning skal bygges opp ved at formålet, hvilken kompetanse den nyutdannede skal ha, formuleres først, i form av læringsutbyttebeskrivelser inndelt i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse. Etterpå skal studieplanen bygges slik at studentene kan oppnå denne kompetansen, men hvordan og når studentene tilegner seg kompetansen, kan være individuell. Studentenes kompetanse skal så vurderes ut ifra oppnådd læringsutbytte.

I RETHOS-prosessen tok man dette ett skritt videre ved at forskriften og læringsutbyttene ble utformet i et samarbeid mellom helsetjenesten, universitetene og studentene og med innspill fra pasienter og brukere. I programgruppen for medisinstudium i RETHOS erfarte vi imidlertid at helsetjenesten ikke hadde systematiske prosesser for å definere hvilken kompetanse de trengte hos de nyutdannede legene. Det kom gode innspill, men de var i liten grad resultat av et involverende, systematisk og strukturert arbeid. Det førte også til at få i helsetjenesten kjenner resultatet og bakgrunnen for RETHOS.

Den nye LIS-utdanningen som Straume beskriver, er også bygd opp som kompetansebasert utdanning med vurdering av beskrevne kompetanser formulert som mange læringsmål (4). Endringen i spesialistutdanningen skulle følges opp med bedre veiledning og supervisjon, og videreutvikling av veiledningskompetanse i klinikken. Informasjon fra LIS1-leger tyder på

at veilederne ikke har avsatt tid til veiledning og at hverdagen i liten grad gir rom for god læring gjennom klinisk supervisjon. Som styremedlem i to ulike helseforetak gjennom 16 år, ser jeg også at utdanning fortsatt i liten grad settes på dagsorden i ledelsen i helseforetakene og at ledelseslinja helt fra departementet og ut i avdelingene ikke har utdanning som jevnlig tema til tross for at dette er en av helseforetakenes fire lovpålagte oppgaver.

Larsen drøfter målet om å utdanne akademiske praktikere med kompetanse til å behandle pasienter, kombinert med å arbeide forebyggende og være forvalter av fellesskapets goder (6). I RETHOS forskriften for medisinstudiet har vi forsøkt å beskrive disse kompetanseområdene med inspirasjon fra Royal College of Physicians and Surgeons i Canada sin beskrivelse av de sju legeroller (19). Legen skal først og fremst ha høy kompetanse som medisinsk ekspert, men trenger også andre kompetanser integrert med den medisinske ekspertisen beskrevet som; kommunikasjon, ledelse og systemforståelse, samarbeid, folkehelse og samfunnsmedisin, forskning, vitenskapelighet og innovasjon, og profesjonalitet.

Hvordan balansen mellom legen som akademiker og praktiker skal ivaretas i studieløpet, er som Larsen skriver, fortsatt under diskusjon og i utprøving. Da det ble bestemt at medisinstudentene i Norge skulle få autorisasjon ved fullført avsluttende universitetseksamen, mente de medisinske fakultetene at det var behov for å sikre en sterkere klinisk praksis i løpet av grunnutdanningen av leger. RETHOS har fulgt opp dette med krav om minimum 24 uker klinisk praksis i løpet av grunnutdanningen med anbefaling om at minst ti uker bør gjennomføres i primærhelsetjenesten.

Internasjonalt har det kommet kritikk mot kompetansebasert medisinstudium, og det å vurdere studentenes kompetanser som fragmenter av den komplekse kompetansen den gode lege må ha uten å la studentene trene nok i klinisk praksis (20).

Mikkelsen og medforfattere er opptatt av at medisinstudentene rapporterer mer psykiske helseplager enn tidligere (3). Utbrenthet blant leger og medisinstudenter beskrives som en voksende utfordring også internasjonalt. Leger og medisinstudenter forteller at de føler seg desillusjonert og deprofesjonalisert og slutter i faget (21). Dette er utfordrende da vi trenger det helsepersonellet vi har. Kan dette endres gjennom tettere samarbeid mellom helsetjenesten og universitetene for å skape realistiske forventninger til legerket helt fra oppstart i medisinstudiet?

Fragmenter og helhet

En lege må håndtere komplekse situasjoner med usikkerhet i et komplekst helsesystem. Dette er kompetanse som er vanskelig å formulere i lærings-

utbyttebeskrivelser, men mulig å formidle gjennom god veiledning og supervisjon tett knyttet til medisinsk praksis. Slik kan studentene bli mer i stand til å stå i de kliniske møtene med pasienter med sykdom som truer liv og helse, med forventninger om full utredning og effektiv behandling, og situasjoner som utfordrer følelser og eksistensielle spørsmål.

Grøttum og medarbeidere etterspør innspill for å utvikle helseutdanningen i tråd med FNs bærekraftsmål (5). De beskriver hvilke kompetanseområder dette fordrer av framtidig helsepersonell basert på en modell utviklet av UNESCO; systemtenkning, framtidstenkning, normativ tenkning, strategisk tenkning, samarbeid, kritisk tenkning og selvrefleksjon. Dette er ikke så ulikt overskriftene til kompetanseområdet i RETHOS-forskriften for medisinerutdanningen.

Veiledning i klinisk praksis kan bidra til at studentene ser sammenhengen mellom de ulike kompetanseområdene og hvordan dette kan håndteres i møte med hver enkelt pasient, i stedet for isolerte kompetanssmål som kan krysses av på et skjema. Dette kan kalles klinisk klokskap eller visdom, som det tar tid å forstå og utvikle. For at studentene og undervisere skal se på dette som sentral kompetanse, er det en fordel om denne kompetansen også blir vurdert, ved eksamen eller underveis-vurdering. For å oppnå denne kompetansen i å håndtere komplekse situasjoner, både klinisk og på befolkningsnivå, trengs det at studentene får trening i selvrefleksjon og i de andre kompetanseområdene Grøttum nevner. Dette bør også omfatte egne følelser og reaksjoner i møte med pasienter og komplekse situasjoner. Medisinerutdanningen ved Universitetet i Bergen har et spennende utviklingsprosjekt på dette området med styrking av veiledning i klinisk praksis, finansiert av Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse¹.

Det er krevende å endre medisinske studieplaner. Det er en kamp om plassen på timeplanen og det er vanskelig å endre hvordan underviserne underviser. Det er interessant at dette er en over 100 år gammel utfordring (2). Det er utviklet mye kunnskap om hvordan læring skjer. Det er en viktig oppgave å utdanne gode leger, og det bør gjøres basert på kunnskap.

Medisinsk pedagogikk

Internasjonalt er medisinsk pedagogikk et stort fagfelt med egne sentre², professorater, lærebøker (22), egne tidsskrifter³ internasjonale konferanser

1 PROFMED – Medical students' professional identity formation during hospital practice <https://www.uib.no/med/enhetforI%C3%A6ring/140754/profmed-medical-students-professional-identity-formation-during-hospital>

2 <https://she.mumc.maastrichtuniversity.nl/>

3 <https://www.osmosis.org/blog/2020/02/10/a-list-of-highimpact-medical-education-journals>

og organisasjoner⁴. I Norge er fagfeltet i en oppstart med nye og til dels små enheter ved de fire fakultetene, et uformelt nettverk innen medisinsk utdanningsforskning som hittil har arrangert tre nasjonale seminar med god oppslutning og økende kompetanse i medisinsk utdanningsforskning. Ei lærebok i medisinsk pedagogikk på norsk planlegges. Samtidig har vi fått en ny forskrift som krever at alle vitenskapelig ansatte på universitetet skal dokumentere minimum 200 timers utviklingsprogram innen utdanningsfaglig basiskompetanse. Til sammen bør dette styrke utdanningsaktiviteten både ved universitetene og i helsetjenesten med mål om å utvikle forskningsbasert og kunnskapsorientert medisinsk utdanning. Slik kan medisinstudentene lære å bli gode leger gjennom et langt studieløp fra grunnutdanning til ferdig spesialist og i videre livslang læring.

Litteratur

1. Ulvestad MES, Wiers-Jenssen J. Nyutdannede norske legers tilfredshet med utdanningen i Norge og i utlandet. *Michael* 2022; 19: 14-31.
2. Aasland OG. Medisinutdanningen – gammeldags motor i ny bil. *Michael* 2022; 19: 32-43.
3. Mikkelsen ME, Almåsbygg SE, Taranova E. Hva er medisinstudenter opptatt av? *Michael* 2022; 19:44-51.
4. Straume K. Fra turnustjeneste til LIS1. *Michael* 2022; 19: 52-7.
5. Grøttum P, Engebretsen E, Heggen K. Utdanning i bærekraft i medisinstudiet. *Michael* 2022; 19: 58-61.
6. Larsen Ø. Medisinutdanning eller legeskole – et evig dilemma. *Michael* 2022; 19: 62-6.
7. OECD-rapport legetetthet <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm> (01.02.2022)
8. OECD-rapport antall utdannede leger per innbyggere <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm> (01.02.2022)
9. *Studieplasser i medisin i Norge: behov, modeller og muligheter*. Utredning fra Grimstadutvalget. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf
10. *Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning*. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21> (30.01.2022)
11. *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanninger (RETHOS)* <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/> (30.01.2022)
12. *EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv 2005/36/EF*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:02005L0036-20211210&qid=1642100593738&from=DA> (01.02.2022)

4 <https://www.amee.org/home>

13. Helsedirektoratet. *Helsefaglig utdanning i utlandet – tips før du velger studium* <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/autorisasjon-og-lisens/helsefaglig-utdanning-i-utlandet-tips-for-du-velger-studium#utdanningerrinneneu> (30.01.2022)
14. Abelsen B, Fosse A, Gaski M et al. Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til distrikt – en systematisk oversikt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022. doi: 10.4045/tidsskr.21.0253
15. Westlie ÅL, Gaski M, Abelsen B et al. Doctors educated in Bodø – who are they and where do they work? *Tidsskr Nor Legeforen* 2022. doi 10.4045/tidsskr.21.0254
16. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376:1923–58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
17. *Det europeiske rammeverket for kvalifikasjoner*. <https://europa.eu/europass/no/european-qualifications-framework-eqf> (01.02.2022)
18. Kvalifikasjonsrammeverket for høyere utdanning. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk/id564809/> (03.02.2022)
19. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *CanMEDS: Better standards, better physicians, better care*. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
20. Dornan T, Gillespie H, Armour D, Reid H, Bennett D. Medical students need experience not just competence. *BMJ* 2020;371. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4298>
21. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*. 2016; 50:132–49.
22. Swanwick T, Forrest K, O'Brian BC, red. *Understanding medical education: Evidence, Theory, and Practice*. Third edition. Oxford: Wiley-Blackwell, 2018.

Hilde Grimstad

hilde.grimstad@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Postboks 8905

7491 Trondheim

Hilde Grimstad er professor i allmenn- og atferdsmedisin ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, der hun leder PLUS, støtte for pedagogikk, undervisning og læring.

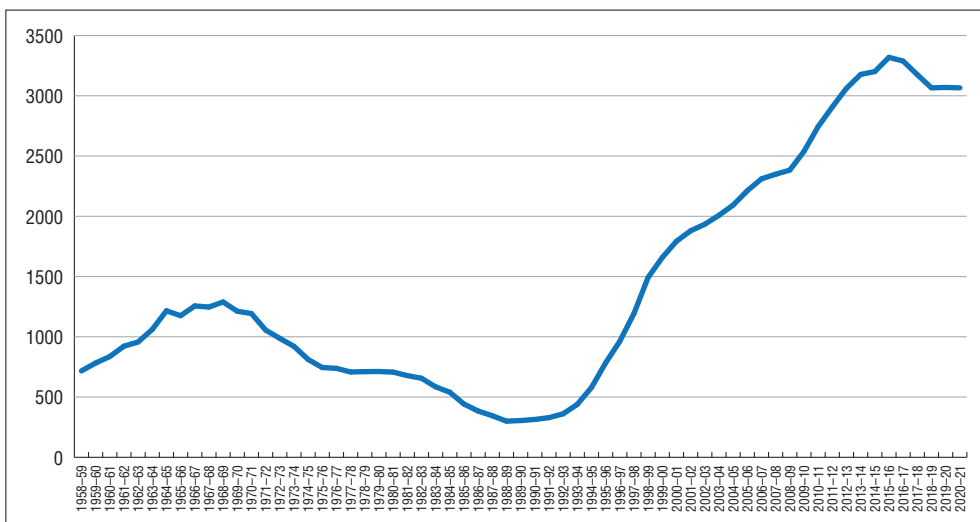
Nyutdannede norske legers tilfredshet med utdanningen i Norge og i utlandet

Michael 2022; 19: 14–31.

Om lag halvparten av norske medisinstudenter utdannes i utlandet. I denne artikkelen viser vi i hvilken grad nordmenn som har studert medisin i utlandet, var tilfreds med utdanningen sin, sammenlignet med dem som har tatt medisinstudiet i Norge. Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse, som ble gjennomført i 2019 blant personer som fullførte høyere utdanning i utlandet og i Norge i 2015 og 2016. Svarprosenten var 33,6. 280 leger utdannet i utlandet og 184 leger utdannet i Norge inngår i analysene.

Samlet sett hadde utenlandsstudentene en like positiv vurdering av utdanningen som de som hadde studert i Norge, men graden av tilfredshet med ulike sider ved utdanningen varierte betydelig med hvilket land de hadde studert i. Sammenliknet med Norge, var de som hadde studert i Danmark, generelt mer tilfreds med de fleste aspekter ved utdanningen. De som hadde studert i Øst-Europa, var mindre fornøyde med universitetet de hadde studert ved, og i enkelte land også med undervisningskvaliteten og det faglige innholdet. Tilfredsheten med studentmiljøet var høyere i de østeuropeiske landene. Dette syntes i noen grad å oppveie for de mindre positive vurderingene av lærested, undervisning og faginnhold, og bidro på denne måten til at den totale tilfredsheten med utdanningen var høy på tvers av land.

Av de 29 729 yrkesaktive legene i Norge var om lag 45 % utdannet i utlandet i 2021 (1). Flertallet av disse er norske statsborgere som ble utdannet ved utenlandske læresteder (8226 personer), men det er også mange (5314) som har utenlandsk statsborgerskap (1). Antallet studieplasser i Norge har lenge vært for lavt til å dekke behovet for leger i Norge. Dette har medført at mange har valgt utenlandsstudier som en alternativ vei til legeyrket. På 1950- og 1960-tallet studerte om lag halvparten av norske medisinstudenter i utlandet (2). De neste to tiårene sank både andelen og antallet, mens



Note: Antall medisinstudenter per år.

Kilde: Data ble hentet fra Lånekassen.

Figur 1: Norske medisinstudenter i utlandet 1958–2021

det fra 1990-tallet har vært en markant økning. De siste årene har mer enn 3000 norske medisinstudenter vært registrert ved utenlandske læresteder årlig (figur 1), og det siste tiåret har utenlandsstudentene utgjort mellom 40 og 48 % av alle norske medisinstudenter (3). Dette viser at norske leger utdannet i utlandet vil utgjøre en vesentlig andel av legene i Norge i overskuelig framtid, selv om forslag om å utvide antall studieplasser i Norge skulle bli realisert (3). Med unntak av Irland, har ingen andre europeiske land en like høy andel av sine medisinstudenter innrullert ved utenlandske universiteter (1).

Det har skjedd betydelige endringer i hvilke land norske medisinstudenter har valgt å studere i. På 1960-tallet reiste de fleste til Tyskland, og mange studerte i andre vesteuropeiske land som Østerrike, Sveits, Storbritannia, Nederland og Belgia (4). Fra 1990-tallet ble det etablert engelskspråklige tilbud i flere østeuropeiske land, med lavere opptakskrav, enklere søknadsprosedyrer og moderate studieavgifter (5). Dette har bidratt til at land i Øst-Europa etter hvert har blitt vertskap for flertallet av norske medisinstudenter i utlandet (6).

Gunstig studiefinansiering er en viktig del av norsk politikk for å fremme internasjonal studentmobilitet. Utenlandsstudenter har krav på støtte for livsopphold på linje med studenter i Norge, i tillegg kan de få støtte til

studieavgifter, hjemreiser og språkkurs (6). Det er en politisk målsetting at en høy andel av norske studenter skal ta hele eller deler av utdanningen i utlandet (7, 8). Den overordnede begrunnelsen for dette er knyttet til kvalitet, men det legges også vekt på at utdanning fra utlandet skal fungere som et supplement til utdanningen i Norge (8, 9). Medisinutdanning i utlandet fungerer helt klart som et kapasitetsmessig supplement, men det er mindre åpenbart om den er et kvalitetsmessig supplement. En innfallsvinkel til å få mer kunnskap om dette er å undersøke hvor tilfredse de som har studert i utlandet har vært med utdanningen, sammenlignet med dem som har studert i Norge. Vi stilte følgende spørsmål: Hvor tilfredse var norske leger utdannet i utlandet med ulike sider av utdanningen, sammenlignet med leger som tok medisinutdanningen i Norge?

Materiale og metode

Data ble hentet fra Kandidatundersøkelsen, en spørreundersøkelse Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) årlig gjennomfører for Kunnskapsdepartementet (10). Undersøkelsen har vært gjennomført siden 1972. Den omhandler nyutdannedes vurderinger av utdanningens kvalitet, relevans og egen tilpasning på arbeidsmarkedet, og fungerer blant annet som en slags temperaturmåler på nyutdannedes muligheter på arbeidsmarkedet.

Utvalget bestod av alle som fullførte mastergrad eller lange profesjonsutdanninger ved norske læresteder i 2015, og norske statsborgere som fullførte tilsvarende utdanning ved læresteder i utlandet i 2015 og 2016. Undersøkelsen ble gjennomført omtrent tre år etter fullført utdanning. Utvalget ble kontaktet på e-post, og datainnsamlingsperioden varte fra 6. mars til 6. mai 2019, inkludert tre påminninger. Undersøkelsen ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), og utvalget ble informert om formålet med undersøkelsen og at det var frivillig å delta. Etter innsamlingsperioden ble dataene anonymisert. For kandidater uteksaminert i Norge ble kontaktinformasjon innhentet fra lærestedene via Direktoratet for IKT og felles-tjenester i høyere utdanning (UNIT). For kandidater uteksaminert i utlandet ble kontaktinformasjon innhentet fra Lånekassen. NIFU har vurdert respondentenes representativitet i forhold til bruttoutvalget, og fant ikke systematiske skjevheter (10).

I denne artikkelen har vi kun analysert data for kandidater med medisinutdanning. 1674 personer med denne utdanningen inngikk i bruttoutvalget og fikk spørreskjemaet tilsendt. Av disse var 1070 uteksaminert i utlandet og 604 i Norge. Total svarprosent for hele denne gruppen var 33,6 %,

36,8 % for kvinner og 28,9 % for menn. Svarprosenten varierte med land, se tabell A1.

Spørsmål om vurdering av utdanningen ble målt på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 5 (svært fornøyd). Spørsmålene ble stilt på et overordnet nivå for å fange opp et helhetsinntrykk og for å være relevant for flere typer utdanninger. Overordnede spørsmål var også hensiktsmessig med tanke på at undersøkelsen målte retrospektive vurderinger. Spørreskjemaet innhentet også bakgrunnsopplysninger om studentene. Tabell A3 viser spørsmålene slik de var formulert i skjemaet.

For å studere om norske leger utdannet i utlandet vurderte utdanningen de fikk annerledes enn leger utdannet i Norge, sammenliknet vi først gjennomsnittlige svar fra de to gruppene. Deretter sammenliknet vi gjennomsnittlige svar fra hvert enkelt land/region med Norge. I de videre analysene ble det brukt en multivariat regresjonsmodell med de ulike vurderingene som utfall. I regresjonene ble en binær variabel (dummy variabel) for hvert land inkludert, med Norge som utelatt variabel, slik at estimatet for hvert land målte forskjellen mellom Norge og det enkelte landet/regionen. Bruken av multivariate regresjoner ga oss mulighet til å kontrollere for variabler som kunne være korrelert både med land og med vurderingene. Disse variablene var kjønn, alder og karaktersnitt fra videregående opplæring. Alle variablene inkludert i regresjonene ble standardisert, slik at gjennomsnittet var null, og standardavviket var én. $P < 0,05$ ble vurdert som signifikant.

Resultater

Tabell 1 viser hvordan studenter i utlandet vurderte ulike sider ved utdanningen sammenliknet med studenter i Norge. Vurderingen av lærestedet og undervisningskvaliteten var mindre positiv i utlandet, mens det sosiale miljøet ble vurdert som bedre. For andre forhold var det ingen signifikante forskjeller.

Tabell 2 viser mer detaljerte resultater fordelt på land. Danmark pekte seg positivt ut med en høy skår på samtlige indikatorer. Østeuropeiske land pekte seg negativt ut med en lavere skår på tilfredshet med lærestedet og undervisningskvaliteten. Forskjellene framtrer som mer slående om man ser på andelen som er «svært fornøyd», framfor gjennomsnittsskår. Eksempelvis fant vi at andelen som var «svært fornøyd» med undervisningskvaliteten, var 12 % blant dem som ble utdannet i Tsjekkia og Slovakia, 14 % i Ungarn, 74 % i Danmark og 22 % i Norge. Samtidig så vi at studenter i flere østeuropeiske land hadde en svært positiv vurdering av det sosiale miljøet.

Tabell 1: Tilfredshet med ulike sider ved utdanning og lærested i Norge og i utlandet

| | Norge Gj.snitt | Utlandet Gj.snitt | Forskjell |
|---|-------------------|----------------------|-----------|
| Samlet vurdering av utdanningen | 4,58 | 4,56 | 0,02 |
| Samlet vurdering av lærestedet | 4,49 | 4,17 | 0,32*** |
| Faglig innhold | 4,50 | 4,39 | 0,11 |
| Undervisningskvalitet | 3,93 | 3,73 | 0,21* |
| Tilbakemelding/veiledning fra undervisningspersonalet | 3,10 | 3,19 | -0,09 |
| Studiets relevans for arbeidslivet | 4,53 | 4,51 | 0,02 |
| Det sosiale miljøet blant studentene | 4,45 | 4,70 | -0,25*** |
| Det faglige miljøet blant studentene | 4,52 | 4,54 | -0,02 |
| N | 184 | 280 | |

Note: Gjennomsnittsskår for tilfredshet med ulike aspekter ved utdanning og lærested blant leger utdannet i Norge og i utlandet. Siste kolonne viser forskjellene i gjennomsnittsskår mellom Norge og utlandet. Sammenlikning med t-test.

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Tabell 2: Tilfredshet med utdanning og lærested, etter studieland/region

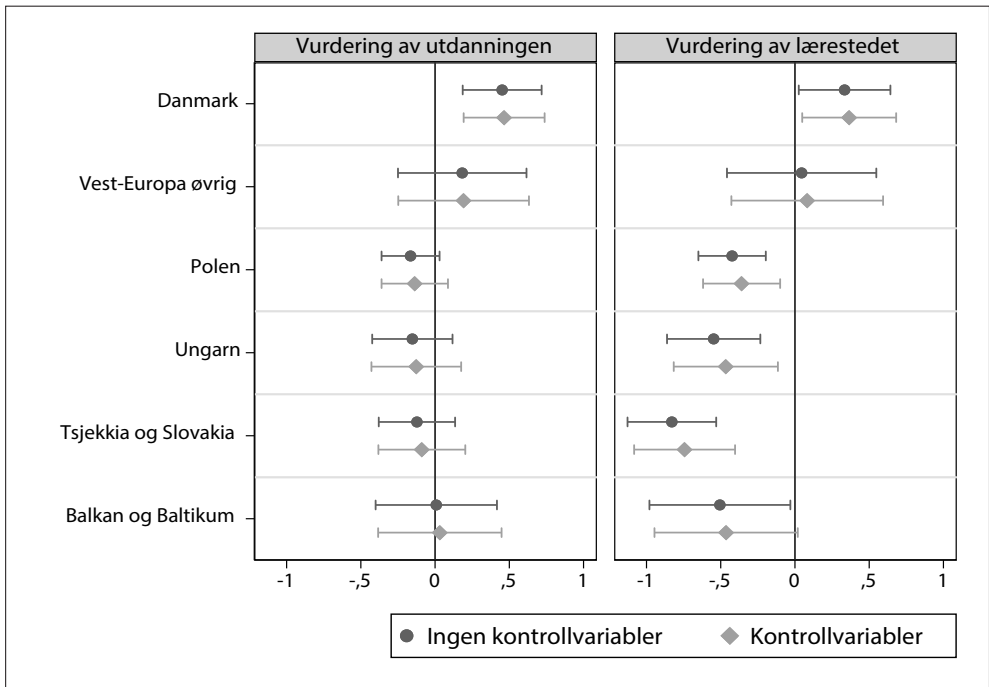
| | Dan- mark | Vest- Europa øvrig | Polen | Ungarn | Tsjekkia og Slovakia | Balkan og Baltikum | Norge |
|---|--------------|--------------------------|----------|----------|----------------------------|--------------------------|----------|
| | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt |
| Samlet vurdering av utdanningen | 4,96* | 4,73 | 4,44 | 4,45 | 4,48 | 4,59 | 4,58 |
| Samlet vurdering av lærestedet | 4,78* | 4,53 | 4,13* | 4,02* | 3,78* | 4,06* | 4,49 |
| Faglig innhold | 4,89* | 4,67 | 4,19* | 4,41 | 4,34 | 4,18 | 4,50 |
| Undervisningskvalitet | 4,70* | 3,80 | 3,58* | 3,52* | 3,34* | 3,65 | 3,93 |
| Tilbakemelding/veiledning fra undervisningspersonalet | 4,07* | 3,73* | 2,99 | 2,84 | 2,96 | 3,18 | 3,10 |
| Studiets relevans for arbeidslivet | 4,87* | 4,67 | 4,36 | 4,52 | 4,48 | 4,47 | 4,53 |
| Det sosiale miljøet blant studentene | 4,72* | 4,53 | 4,65* | 4,73* | 4,92* | 4,35 | 4,45 |
| Det faglige miljøet blant studentene | 4,74* | 4,60 | 4,45 | 4,43 | 4,74* | 4,18 | 4,52 |
| N | 46 | 15 | 108 | 44 | 50 | 17 | 184 |

Note: Gjennomsnittsskår for tilfredshet med ulike aspekter ved utdanning og lærested blant leger etter land for utdanning. Gjennomsnittsskåren er merket med * dersom den var signifikant forskjellig fra vurderingene blant medisinstudenter fra Norge, på minst 5%-nivå (* p<0,05). Sammenlikning med t-test. Dette tilsvarer forskjellene i estimatene «uten kontrollvariabler» mellom Norge og de ulike landene illustrert i figur 2 og 3 under.

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

I de videre analysene så vi nærmere på forskjellene i tilfredshet mellom Norge og de ulike landene, og hvordan disse endret seg dersom vi kontrollerte for kjønn, alder og karaktersnitt fra videregående skole. De som ble uteksaminert i utlandet, var noe yngre enn de som ble uteksaminert i Norge, og de hadde lavere karaktersnitt fra videregående skole (se vedleggstabell A4). Disse forholdene kan ha vært assosiert både med seleksjonen til det enkelte studieland og tilfredsheten med utdanningen og lærestedet, og vi justerte derfor for disse i analysene.

Figur 2 viser at de som hadde studert i Danmark, skilte seg ut med en mer positiv helhetsvurdering av utdanningen enn de som studerte i Norge. Ingen av de andre landene var signifikant forskjellig fra Norge i sin samlede vurdering av utdanningen. I sin vurdering av lærestedet, altså universitetet, så vi at de som hadde studert i Danmark, også hadde en mer positiv samlet vurdering enn de som tok utdanningen i Norge. Videre så vi at de som ble

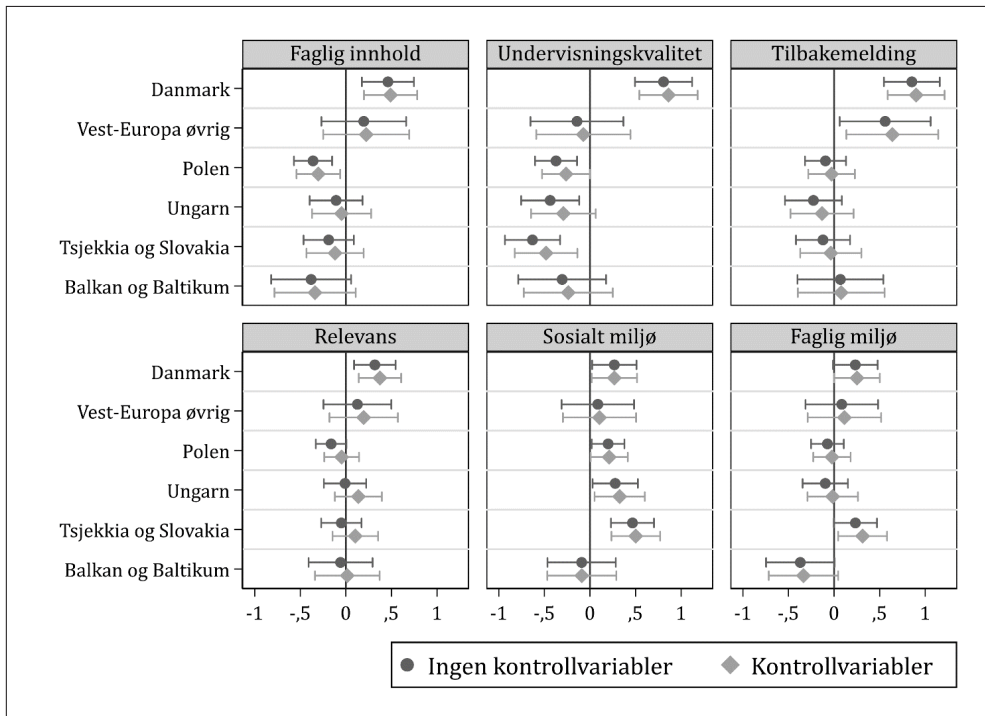


Note: Utenlandsstudentenes tilfredshet med utdanning og lærested sammenliknet med dem som hadde studert i Norge. Resultater fra multivariate regresjoner. Punktestimatene for hvert land/hver region er markert med symbol og tilhørende 95 % konfidensintervall. Dersom konfidensintervallet krysser den vertikale linjen, var det ingen signifikant forskjell mellom Norge og landet/regionen. Standardiserte variabler slik at gjennomsnittet var null og standardavviket var én. N= 464. Kontrollvariabler inkluderte kjønn, alder og karaktersnitt fra videregående skole. Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Figur 2: Samlet vurdering av utdanning og lærested, sammenliknet med Norge

utdannet i Polen, Ungarn, Tsjekia og Slovakia og Balkan og Baltikum hadde en mer negativ vurdering av lærestedet enn de som ble utdannet i Norge. Figur 2 viser at resultatene endret seg lite etter at vi kontrollerte for kjønn, alder og karakterer fra videregående skole. Dette ser vi i figur 2 ved at punktestimatene fra de ujusterte regresjonene («Ingen kontrollvariabler») er relativt like punktestimatene fra de justerte («Med kontrollvariabler»).

Figur 3 viser tilfredsheten med de ulike sidene ved utdanningen. Her ser vi at Danmark skilte seg positivt fra Norge på alle faktorer. Særlig var tilfredsheten med undervisningskvalitet og tilbakemeldinger høy blant dem som hadde utdanning fra Danmark, sammenliknet med Norge. De som hadde studert i Polen, vurderte det faglige innholdet som mindre positivt sammenliknet med Norge, også hvis man kontrollerte for at studenter



Note: Utenlandsstudentenes tilfredshet med ulike aspekter ved utdanningen sammenliknet med dem som hadde studert i Norge. Resultater fra multivariate regresjoner. Punktestimatene for hvert land/hver region er markert med symbol og tilhørende 95 % konfidensintervall. Dersom konfidensintervallet krysser den vertikale linjen, var det ingen signifikant forskjell mellom Norge og landet/regionen. Standardiserte variabler slik at gjennomsnittet var null og standardavviket var én. N= 464. Kontrollvariabler inkluderte kjønn, alder og karaktersnitt fra videregående skole.

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Figur 3: Tilfredshet med ulike sider ved utdanning og lærested, sammenliknet med Norge

i Norge og Polen var ulike med tanke på observerbare kjennetegn (kjønn, alder og karaktersnitt fra videregående skole).

Tilfredsheten med undervisningskvaliteten var signifikant dårligere i Polen, Ungarn, Tsjekkia og Slovakia enn i Norge. Forskjellene ble imidlertid redusert da vi justerte for kontrollvariablene. Det var kun forskjellen mellom Norge og Tsjekkia og Slovakia som var signifikant, etter at vi kontrollerte for at gruppene var ulike. Til slutt ser vi at det sosiale miljøet blant studentene ble vurdert mer positivt i Danmark, Polen, Ungarn, Tsjekkia og Slovakia, og at de som hadde studert i sistnevnte land, også hadde en mer positiv vurdering av det faglige miljøet blant studentene, sammenlignet med Norge.

Diskusjon

Variasjoner i tilfredshet med utdanningen

Resultatene viste at grad av tilfredshet med ulike sider ved medisinstudiet varierte med landet der man hadde studert. De som hadde studert i Danmark, hadde de mest positive vurderingene, mens de som hadde studert i enkelte østeuropeiske land, Polen, Ungarn og Tsjekkia og Slovakia, var mindre tilfreds med enkelte sider ved utdanningen.

Jevnt over var den overordnede tilfredsheten med medisinstudiet høy både i utlandet og i Norge (4,56 på en skala fra 1–5). Det er rimelig å anta at dette hadde sammenheng med kvaliteten på utdanningen, men også at medisinstudentene utgjorde en selektert gruppe med hensyn til motivasjon, da de hadde fått oppfylt sitt ønske om å ta en utdanning med stor konkurranse om studieplassene. Det er likevel verdt å merke seg at norske utenlandsstudenter på andre fagområder enn medisin tenderte til å være minst like tilfreds som medisinstudentene, og gjerne mer tilfreds med utdanningen enn tilsvarende studenter i Norge (11, 12).

Tidligere forskning har vist at studenters totale tilfredshet med utdanningen har sterk sammenheng med tilfredshet med undervisningen (13, 14). Variasjoner i læringsmodeller og -metoder kan tenkes å gjenspeile seg i hvordan studenter vurderer utdanningen. En metastudie har vist at medisinstudenter er noe mindre tilfreds med tradisjonelle studiemodeller enn modeller med større innslag av problembasert læring (15).

Tilfredsheten med lærested viste betydelig variasjon mellom land. Lærestedene i Danmark ble vurdert mest positivt, mens universitetene i alle de østeuropeiske landene ble vurdert mindre positivt enn universitetene i Norge.

Det var også landvariasjoner i tilfredsheten med undervisning, tilbakemelding og studiemiljø. Gruppen som hadde utdanningen fra Danmark,

var mest fornøyd både med lærestedet og de faglig/pedagogiske sidene ved utdanningen. De som hadde studert i Øst-Europa, var mindre fornøyd med de faglige og pedagogiske sidene, særlig undervisningskvaliteten. De som hadde studert i Tsjekia og Slovakia, var minst tilfreds med undervisningskvaliteten, men også de som hadde studert i Ungarn og Polen, var klart mindre tilfreds enn de som hadde utdanningen fra Norge eller Danmark. Mønsteret med høy tilfredshet i nordiske land og lavere tilfredshet i østeuropeiske land var i tråd med andre studier (11, 16), men vår undersøkelse bidrar med mer detaljert innsikt i variasjoner mellom land. Vi fant også at det sosiale miljøet blant studentene ble vurdert som bedre i utlandet enn i Norge, også dette i tråd med andre studier (11, 16).

En tidligere undersøkelse blant norske medisinstudenter viste betydelige variasjoner i vurderingen av utdanningen mellom ulike geografiske regioner (16). Studenter i Øst-Europa og Mellom-Europa (i hovedsak Tyskland) rapporterte å være mindre fornøyd med den pedagogiske kvaliteten og den administrative servicen, sammenlignet med studenter i andre land, mens det var små forskjeller i tilfredsheten med den faglige kvaliteten og det sosiale miljøet. Resultatene ble tolket i lys av at Øst-Europa og Tyskland praktiserte en tradisjonell studiemodell, dvs. med et klart skille mellom preklinisk og klinisk periode, og at denne utdanningsmodellen ikke falt helt i smak hos norske studenter. Studiemodellene i mange land er fremdeles ulike, og vi antar at studiemodell og universitetskultur i noen land kan oppleves som mer krevende enn i andre. Medicoppslag om slike utfordringer ved studier i land som Ungarn og Polen vitner om dette (17, 18, 19).

Aspekter ved ulike lands kultur og samfunnsforhold kan også påvirke tilfredshet med studiene, og noen studier har gitt indikasjon på at studenter fra nærliggende kulturelle sfærer trives bedre enn studenter som kommer fra kulturer som er mer ulike (20).

Variasjoner i tilfredshet med utdanningen kan også ha sammenheng med kjennetegn ved studentene. Forhold som familiebakgrunn, motivasjon, forventninger, mestring og forutgående kunnskaper kan påvirke trivsel og tilfredshet. Eksempelvis viste en studie at karaktersnitt fra videregående skole (som kan ses på som en indikator for faglig mestring) samvarierte med vurdering av utdanning og lærested blant norske studenter i utlandet, der de med høyt karaktersnitt var mer fornøyd (11). I vår studie fant vi at kunnskapsgrunnlag, målt som karaktersnitt fra videregående opplæring, var assosiert med høyere grad av tilfredshet. Mulige mellomliggende variabler er faglig mestring og flere valgmuligheter med hensyn til hvilke universiteter det er mulig å bli tatt opp ved.

Når vi fant at medisinstudentene som hadde studert i østeuropeiske land var særlig fornøyd med det sosiale miljøet, må dette ses i lys av at de fleste av disse gikk på engelskspråklige programmer, der også flesteparten av de andre studentene var utlendinger som måtte danne nye sosiale nettverk på studiestedet. Det er òg en betydelig kontingent av andre nordmenn på disse programmene.

Studenters tilfredshet er ikke nødvendigvis synonymt med kvalitet. Det er fullt mulig å være misfornøyd med deler av undervisningsopplegget eller universitetskulturen, men likevel ha et høyt læringsutbytte. «Kvaliteten» på nyutdannede leger avhenger også av LIS-erfaringer og praksisen studentene får etter grunnutdanningen. En undersøkelse har vist at norske leger med utdanning fra østeuropeiske land vurderte sine ferdigheter som like gode eller bedre enn leger med utdanning fra Norge (12). Men det er mulig at leger som er utdannet i utlandet, får en brattere læringskurve når de trer inn i norsk helsevesen. Videre bør kanskje de som søker seg til bestemte land, være forberedt på at det kan være sider ved undervisningsopplegget de ikke vil bli fornøyd med. Slik sett bør variasjonene i tilfredshet mellom land være et tankekors, særlig ettersom flere studier viser samme mønster (11, 12, 16).

Vi noterte oss at de som hadde tatt utdanningen i Danmark, var særlig tilfreds, og mer fornøyd enn de som hadde studert i Norge. I disse tider da behovet for å utvide kapasiteten på medisnutdanningen i Norge debatteres (3), og flere norske læresteder ønsker å opprette studietilbud i medisin, kan det være en god idé å se nærmere på hvorfor den danske medisnutdanningen ble vurdert særlig positivt.

Begrensninger

Synkende oppslutning om spørreundersøkelser er en generell utfordring (21), og svarprosenten var lavere i denne undersøkelsen enn ønskelig. Vi mener likevel andelen deltagere var akseptabel, ettersom det ikke var signifikante skjevheter i fordelingen av respondenter etter land, som vist i tabell A2. Dette er spesielt viktig, da det er forskjellene mellom land vi hovedsakelig er interessert i. Kvinner var noe overrepresentert blant respondentene, sammenliknet med bruttoutvalget. Et begrenset antall respondenter kan likevel ha bidratt til at enkelte forskjeller ikke var statistisk signifikante.

Man kunne tenke seg at de som var fornøyd med utdanningen, var mer tilbøyelige til å svare enn andre, men ettersom Kandidatundersøkelsen i hovedsak dreide seg om andre forhold enn vurdering av utdanningen, anså vi dette som mindre sannsynlig, og det rokket uansett ikke ved de observerte forskjellene mellom land. Det kan selvsagt også være variasjoner mellom

læresteder. Vi undersøkte dette for universiteter i Norge og Danmark (vedleggstabell A6), men fant små variasjoner.

Spørsmålene om tilfredshet hadde relativt grove kategorier, og fanget ikke opp alle sider ved utdanningen. For eksempel hadde vi ikke informasjon om vurdering av praksisdelen av studiet.

Hovedfunn

De som hadde studert medisin i Danmark, var mer tilfreds med utdanningen enn de som hadde studert medisin i Norge. De som hadde studert i Øst-Europa, var klart mindre tilfreds med lærestedet og de faglig/pedagogiske sidene ved utdanningen. Til gjengjeld var de mer fornøyd med det sosiale miljøet blant studentene på utdanningsstedet.

Litteratur

1. Den norske legeforening. Legestatistikk, <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/> Nedlastet 25.09.21
2. Brandt E. *Minervas sønner og døtre. Kandidater fra universiteter og høyskoler 1890-1979*. Oslo: NAVFs utredningsinstitutt, 1989.
3. Grimstadutvalget. Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter. https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf Nedlastet 05.02.21.
4. Wiers-Jenssen J. *Norske Studenter i utlandet*. Rapport 12. Oslo: Norsk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning NIFU; 2000.
5. Mayberry JF. The development of medical education in Eastern Europe during the 20th century and the emergence of 'English parallel' courses. *Scottish Medical journal* 2013; 58: 46-52.
6. Lånekassen (2021) Utdanning i utlandet. [Høyere utdanning i utlandet \(lanekassen.no\)](https://www.lanekassen.no/utland). Nedlastet 25.05.21
7. Kunnskapsdepartementet. *Internasjonalisering av utdanning*. Meld. St. 14 2008-2009. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2009.
8. Kunnskapsdepartementet. *En verden av muligheter. Internasjonal studentmobilitet i høyere utdanning*. Meld. St. 7. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2020.
9. Kunnskapsdepartementet. *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Meld. St. 16 2016-2017. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2017.
10. Skjelbred SE., Nesje K., Madsen AA. & Wiers-Jenssen J. *Betydningen av utdanning fra utlandet for tidlig karriere*. Rapport. Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning NIFU, 2019.
11. Wiers-Jenssen J. Norske studenters vurdering av utdanning i utlandet. *UNIPED* 2021; 44: 130-144.
12. Wiers-Jenssen J. & Aasland OG. Selvvurderte ferdigheter blant norske leger utdannet i utlandet og i Norge. *Søkelys på arbeidslivet* 2010; 27:364-378.

13. Burgess A., Senior C. & Moores E. A 10-year case study on the changing determinants of university student satisfaction in the UK. *PLOS ONE* 2018; 13: e0192976. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192976>
14. Wiers-Jenssen J., Grøgaard J. & Stensaker B. Student Satisfaction: towards an empirical deconstruction of the concept. *Quality in Higher Education* 2002; 8: 183-195.
15. Albanese MA. & Mitchell S. Problem-based learning: A review of Literature on Its Outcomes and Implementation Issues. *Academic Medicine* 1993; 68: 52-81.
16. Wiers-Jenssen J. & Aasland OG. Norske medisinstudenter i utlandet bakgrunn, studieinnsats og tilfredshet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1671-97.
17. Kongsvik LT. Krevende, men spennende, å være medisinstudent i Ungarn. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011; 131: 159.
18. NRK (2018): Fra Legedrom til angstmareritt i Polen. <https://www.nrk.no/dokumentar/xl/fra-leggedrom-til-angstmareritt-i-polen-1.14310339>
19. VG (2021) Professor om utenlandsstudier: - Større risiko enn mange skjønner – VG <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/JJvVW6/professor-om-utenlandsstudier-stoerre-risiko-enn-mange-skjoenner> 17.03.21.
20. Alemu AM. & Cordier J. Factors influencing international student satisfaction in Korean universities. *International Journal of Educational Development* 2017; 57: 54-64.
21. Stedman RC., Connely NA., Herbelein TA., Decke DJ. & Allred SB. The End of the (Research) World As We Know It? Understanding and Coping With Declining Response Rates to Mail Surveys. *Society and Natural Resources* 2019; 32: 1139-1154.

Summary

In this article we explore to what extent Norwegian graduates with a medical degree (MD) from abroad were satisfied with their education, compared to their Norwegian MD peers educated at home. Data were drawn from the Norwegian Graduate Survey and conducted among Norwegian MD graduates in Norway and selected European countries in 2015 and 2016. The analyses included 280 MDs with a foreign degree and 184 MDs graduated in Norway.

Overall, MDs who had studied abroad were as satisfied with their education as their countrywomen and -men in Norway. In some respects, the level of satisfaction varied by host country. Norwegian MDs from Denmark were in general more satisfied than those who had studied in Norway, while graduates from some Eastern European countries tended to be less content with their university, pedagogical and teaching aspects, as well as the academic quality of the programme. However, positive assessments of the social characteristics of studying abroad seemed to compensate for the less favourable perceptions of the quality of the curriculum. Regardless, the overall satisfaction with medical education programmes in Eastern Europe was the same as for medical students in Norway.

Marte E. S. Ulvestad
marte.eline.ulvestad@nifu.no
NIFU
Økernveien 9
0653 Oslo

Marte E. S. Ulvestad er ph.d. i samfunnsøkonomi og forsker 2 ved Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU)

Jannecke Wiers-Jenssen
jannecke.wiers-jenssen@oslomet.no
Senter for profesjonsstudier
OsloMet – storbyuniversitetet
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 Oslo

Jannecke Wiers-Jenssen er ph.d. i sosiologi og er førsteamanuensis ved Senter for profesjonsstudier, OsloMet – storbyuniversitetet, og forsker 1 ved NIFU

Appendiks

Tabell A1: Svarprosent

| | Antall svar | Svarprosent |
|-----------------------|-------------|-------------|
| Totalt | 560 | 33,6 |
| Etter studieland: | | |
| Danmark | 59 | 43,1 |
| Vest-Europa for øvrig | 16 | 30,8 |
| Polen | 135 | 31,3 |
| Ungarn | 51 | 29,3 |
| Tsjekkia og Slovakia | 58 | 29,6 |
| Balkan og Baltikum | 22 | 30,1 |
| Norge | 219 | 36,3 |

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Tabell A2: Representativitet

| | Ikke besvart | Besvart | Forskjell |
|-----------------------|--------------|---------|-----------|
| Kvinne (%) | 58,6 | 64,2 | 5,7*** |
| Studieland | | | |
| Danmark | 8,2 | 9,9 | -1,7 |
| Vest-Europa for øvrig | 3,1 | 3,2 | -0,1 |
| Polen | 25,9 | 23,3 | 2,6 |
| Ungarn | 10,4 | 9,5 | 0,9 |
| Tsjekkia og Slovakia | 11,8 | 10,8 | 1,0 |
| Balkan og Baltikum | 4,4 | 3,7 | 0,7 |
| Norge | 36,2 | 39,7 | -3,4 |
| N | 1668 | 464 | |

Note: Tabellen viser fordelingen på ulike kjennetegn blant dem i utvalget som ikke besvarte undersøkelsen, som besvarte undersøkelsen, og forskjellen mellom disse to gruppene. Sammenlikning med t-test. *** p<0,001

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Tabell A3: Spørsmål fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019

| Spørsmål | Svaralternativer |
|--|--|
| Hvis du skal gi en samlet vurdering, hvor fornøyd vil du da si at du har vært med ... | Svært fornøyd Litt fornøyd Verken eller Litt misfornøyd Svært misfornøyd |
| Utdanningen du tok? | |
| Høyskolen/universitetet du har studert lengst ved? | |
| Når tenker tilbake på ditt studium, hvor fornøyd har du vært med ... | Svært misfornøyd Litt misfornøyd Verken eller Litt fornøyd Svært fornøyd |
| Studiets faglige innhold? | |
| Undervisningskvaliteten? | |
| Tilbakemelding/veiledning fra undervisningspersonalet? | |
| Studiets relevans for arbeidslivet? | |
| Det sosiale miljøet blant studentene? | |
| Det faglige miljøet blant studentene? | |
| Fødselsår | |
| Kjønn | Mann Kvinne |
| Hva er din gjennomsnittskarakter fra videregående skole? (hvis du har videregående skole fra utlandet, velg det intervallet som samsvarer best med dine karakterer) | Lavere enn 3, 3,0-3,4, 3,5-3,9, 4,0-4,4, 4,5-4,9, 5,0-5,4, 5,5 eller høyere |

Kilde: Spørsmål hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Tabell A4: Fordeling på bakgrunnsvariabler

| | Norge | Utlandet | Forskjell |
|---|-------|----------|-----------|
| Kvinne (%) | 65,2 | 63,6 | 1,6 |
| Alder (gj.snitt) | 28,6 | 27,3 | 1,3*** |
| Andel med karaktersnitt under 4,5 fra VGS (%) | 0,0 | 8,9 | -8,9*** |
| Andel med karaktersnitt 4,5-4,9 fra VGS (%) | 3,8 | 33,6 | -29,8*** |
| Andel med karaktersnitt 5,0-5,4 fra VGS (%) | 30,4 | 41,1 | -10,6* |
| Andel med karaktersnitt 5,5-6 fra VGS (%) | 64,7 | 14,6 | 50,0*** |
| N | 184 | 280 | |

Sammenlikning med t-test. * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Tabell A5: Bakgrunnsvariabler etter land

| | Danmark | Vest-Europa for øvrig | Polen | Ungarn | Tsjekkia og Slovakia | Balkan og Baltikum | Norge |
|---|---------|-----------------------|-------|--------|----------------------|--------------------|-------|
| Kvinne (%) | 67,4 | 80,0 | 60,2 | 70,5 | 62,0 | 47,1 | 65,2 |
| Alder (gj. snitt) | 27,4 | 27,7 | 27,0 | 27,9 | 27,4 | 27,6 | 28,6 |
| Andel med karaktersnitt under 4,5 fra VGS (%) | 4,3 | 13,3 | 7,4 | 18,2 | 8,0 | 5,9 | 0,0 |
| Andel med karaktersnitt 4,5-4,9 fra VGS (%) | 19,6 | 13,3 | 33,3 | 47,7 | 46,0 | 17,6 | 3,8 |
| Andel med karaktersnitt 5,0-5,4 fra VGS (%) | 39,1 | 40,0 | 47,2 | 29,5 | 36,0 | 52,9 | 30,4 |

| | Danmark | Vest-Europa for øvrig | Polen | Ungarn | Tsjekkia og Slovakia | Balkan og Baltikum | Norge |
|---|---------|-----------------------|-------|--------|----------------------|--------------------|-------|
| Andel med karaktersnitt 5,5-6 fra VGS (%) | 37,0 | 33,3 | 10,2 | 4,5 | 4,0 | 23,5 | 64,7 |
| N | 46 | 15 | 108 | 44 | 50 | 17 | 184 |

Note: VGS er forkortelse for videregående skole.

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Tabell A6: Tilfredshet med utdanning og lærested, etter lærested

| | NTNU | UiB | UiO | UiT | Aarhus Universitet | Københavns Universitet | Syddansk Universitet |
|---|----------|----------|----------|----------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|
| | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt | Gj.snitt |
| Samlet vurdering av utdanningen | 4,58 | 4,54 | 4,54 | 4,72 | 5,00 | 5,00 | 4,93 |
| Samlet vurdering av lærestedet | 4,58 | 4,38 | 4,46 | 4,56 | 5,00 | 4,82 | 4,72 |
| Faglig innhold | 4,59 | 4,37 | 4,56 | 4,47 | 5,00 | 4,91 | 4,86 |
| Undervisningskvalitet | 4,03 | 3,81 | 4,02 | 3,84 | 4,83 | 4,45 | 4,76 |
| Tilbakemelding/ veiledning fra undervisningspersonalet | 3,27 | 2,81 | 3,27 | 3,03 | 4,00 | 3,91 | 4,14 |
| Studiets relevans for arbeidslivet | 4,51 | 4,37 | 4,63 | 4,72 | 5,00 | 4,82 | 4,86 |
| Det sosiale miljøet blant studentene | 4,51 | 4,40 | 4,24 | 4,66 | 4,83 | 4,45 | 4,79 |
| Det faglige miljøet blant studentene | 4,58 | 4,40 | 4,51 | 4,63 | 4,67 | 4,73 | 4,76 |
| N | 59 | 52 | 41 | 32 | 6 | 11 | 29 |

Kilde: Data ble hentet fra NIFUs kandidatundersøkelse 2019.

Medisinutdanningen – gammeldags motor i ny bil

Michael 2022; 19: 32–43.

Legeutdanningen skiller en ikke-lege fra en lege. Men forskjellige studieplaner har foreløpig hatt liten betydning for hva slags leger vi får. Hvis legene skal «redde verden» må mer radikale endringer til.

I 1909 besøkte pedagogen Abraham Flexner (1866–1959) samtlige 155 utdanningssteder for leger i Canada og USA. For det nylig opprettede *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* skrev han en rapport med sterk kritikk av de skolene som ikke holdt mål, og skisserte en felles studieplan for dem som slapp gjennom nåløyet. Helsetjenesten i USA var nok ganske vill vest, med mange triks og knep. Hvem som helst kunne kalle seg *doc*, og vidunderkurene florerte, så en opprydning var nødvendig.

Flexner besøkte også legeutdanninger i Europa, og skrev om hva USA kunne hente derfra. Hans rapporter bidro utvilsomt til en forskningsbasert revisjon og standardisering av legeutdanningen i USA og Canada, og kanskje til en økt bevissthet rundt de europeiske utdanningsmodellene. Flexners hovedprinsipp var et klart skille mellom preklinisk og klinisk utdanning: Først må studentene lære, det vil si pugge, hvordan menneskekroppen ser ut og fungerer, så kan de møte pasientene for å lære hvordan den ofte ikke fungerer som den skal. All legeutdanning måtte foregå på universiteter og universitetssykehus.

I løpet av de vel hundre årene som har gått, kan det se ut som om denne studiemodellen ikke lenger er bærekraftig. Mange mener at det er stadig større avstand mellom hva slags leger som utdannes og hva slags leger verden trenger, særlig for å redusere de enorme globale helseforskjellene.

Ett av mange innspill som kom i forbindelse med hundreårsjubileet for Flexner-rapporten var publikasjonen *Health professionals for a new century*. Den er basert på et bredt internasjonalt samarbeid og er en innholdsrik



Figur 1. Portrettfoto av Abraham Flexner fra 1910. Foto Wikimedia Commons

verktøykasse for alle som vil orientere seg i global helse. Nødvendige utdanningsreformer for helsepersonell beskrives i tre kronologiske faser: *vitenskapelig pensum*, ad modum Flexner, *problembasert læring*, først lansert i Canada i 1960-årene, og *kompetansedrevet: lokal-global*, med nye integrerte og «omvendte» prinsipper som bare noen foreløpig så vidt har kommet i gang med. I denne artikkelen prøver jeg også å plassere de norske legene i dette internasjonale reformlandskapet, med et særlig blikk på i hvilken grad utdanningsstedet kan ha betydning for hvordan legene senere tenker og handler.

Fra «the wild west» til «the sober east»

Vi kommer ikke utenom den amerikanske pedagogen Abraham Flexner, med tysk-jødiske immigrantforeldre, født og oppvokst i Louisville, Kentucky, som nummer seks i en søskenflokk på ni (figur 1). Abraham, og flere av hans søsken, skulle selv etter hvert bli eksempler på den amerikanske drømmen. Allerede som 19-åring, etter bare to års studier, tok han eksamen i klassiske fag ved Johns Hopkins-universitetet. Han dro tilbake til hjembyen og arbeidet som lærer, og startet der etter hvert sin egen eksperimentelle skole hvor han praktiserte nye pedagogiske prinsipper som smågruppeundervisning og individuell tilpasning.

I 1896 giftet han seg med Anne Crawford (1874–1955), som hadde suksess som forfatter av skuespill for barn. Dette styrket familieøkonomien

så mye at Abraham kunne studere psykologi ved Harvard, og senere ved universitetet i Berlin. Han skrev aldri noen psykologisk avhandling, men i 1908 publiserte han sin første bok, *The American College: A criticism*. Den inneholdt skarp kritikk av høyere utdanning i USA, ikke minst av forelesningen som læremetode, og at lærerne brukte for mye tid på forskning på bekostning av individuelt tilpasset undervisning (1).

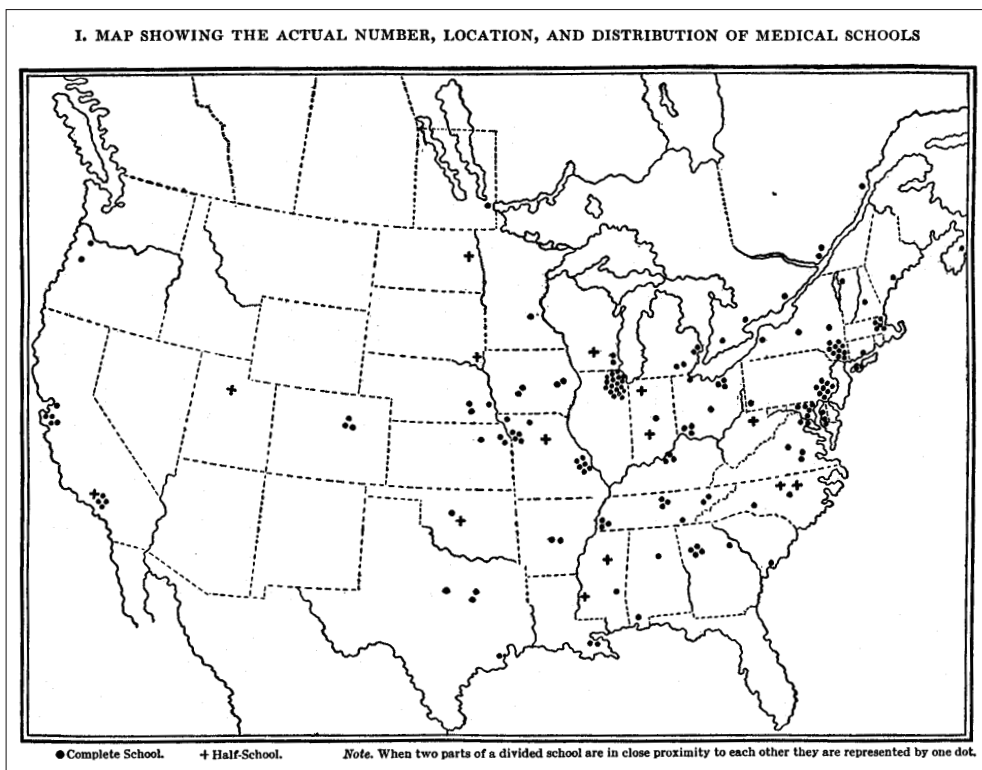
Abraham Flexner ble i 1908 engasjert av Henry Pritchett (1857–1939), president i *Carnegie Foundation*, til å gjennomføre en studie om legeutdanning i USA. Flexner var ikke lege selv, men ble valgt på grunn av «*his writing ability and his disdain for traditional education*», og ikke minst for det han hadde skrevet i *The American College*, der for øvrig Pritchett var hyppig sitert.

Flexner besøkte altså samtlige 155 utdanningssteder for leger i USA og Canada, en imponerende bragd i en tid da passasjerfly ikke fantes og bilen bare så vidt var blitt vanlig, den første Ford T-modellen kom på markedet i 1908. Det var toget som gjaldt. Men som kartet viser var skolene i USA sterkt konsentrert om noen få steder, selv om han også måtte ut til både «det ville vesten» og vestkysten (figur 2).

Rapporten, *Medical Education in the United States and Canada*, slo ned som en bombe da den kom i 1910 (2). Den førte til strengere opptakskriterier til medisinstudiene, krav om universitetsbasert undervisning og autorisasjon på delstatsnivå. Skoler som ikke tilfredsstilte kravene, blant annet de fleste afro-amerikanske skolene, skoler bare for kvinner, og homeopatiske og urtemedisinske skoler, ble stengt.

Men hvordan kunne en rapport, skrevet av en ikke-lege, umiddelbart få så store og omfattende konsekvenser på organiseringen av legeutdanningen i USA og Canada? Det viste seg at Flexners tilsynelatende pionerarbeid kanskje heller burde karakteriseres som et kupp, der den amerikanske legeforeningen lurte i kulissene. Foreningen, som var grunnlagt i 1847, ble mot slutten av 1800-tallet stadig mer opptatt av å få kontroll over kvakksalvere og andre useriøse utøvere av legeskunsten. I 1906 hadde en representant for foreningen besøkt alle legeskolene for å samle informasjon, men legeforeningen var selv part og kunne ikke gjennomføre en troverdig opprydning. Løsningen ble at Flexner på vegne av *Carnegie Foundation* gjorde en ny uavhengig granskning (3). Flexners rapport fra 1910 ble tatt alvorlig, og skulle vise seg å bli svært anvendelig.

Strukturen i undervisningen skulle være todelt, første del med anatomi, fysiologi og biokjemi, der alt måtte læres utenat, fulgt av en del med klinisk læring og praksis i universitetssykehus. «The physician's concern with normal



Figur 2. Flexner besøkte samtlige 155 legeskoler i USA og Canada i 1909 (2, s. 152)

process is not disinterested curiosity; it is the starting-point of his effort to comprehend and to master the abnormal» (2, s. 24).

Flexner reiste også til Europa og studerte legeutdanninger i Tyskland, Østerrike, Frankrike, England og Skottland. Han ville se hvilke europeiske erfaringer som kunne overføres til USA, og i 1912 kom rapporten *Medical Education in Europe* (4). Her beskrev han to tradisjonsrike europeiske modeller for legeutdanning: den sykehusbaserte (England og Frankrike) og den universitetsbaserte (Tyskland, Skandinavia, Holland). Disse sto i kontrast til de amerikanske «hjemmesnekrete» utdanningene som hadde vokst frem som nødvendig følge av lokale legebehov, ofte uten akademisk tilknytning (5). Hans anbefaling var en kombinasjon av de to europeiske modellene, med praktisk klinisk undervisning på en akademisk plattform. Dette ble ytterligere utdypet i boken *Medical education: a comparative study* som kom i 1925 (6). En viktig sak for Flexner var opprettelsen av medisinske profes-

sorater, som ofte strandet på at en vanlig professorlønn ikke var god nok for en overlege (da som nå).

Den amerikanske legeforeningen brukte først og fremst Flexner-rapporten til å bygge opp under legenes profesjonelle autonomi og høye status. Var de først godkjente, og medlemmer av foreningen, burde de også i stor grad, som selvstendige næringsdrivende (såkalt «cottage industry») selv kunne bestemme i faglige og økonomiske spørsmål. Den var allerede da en meget sterk profesjonsforening, og prinsipiell motstander av alle kollektive eller solidariske tiltak på pasientsiden. Lege–pasient-forholdet var hellig. Foreningen må nok bære hovedansvaret for at USA, som det eneste industrialiserte land, fremdeles ikke har fått etablert en universell trygdeordning.

I Norge var legeutdanningen fra sin begynnelse godt forankret i universitetet, og Flexners rapporter var derfor ikke så relevante. Professor i indremedisin Peter F. Holst (1861–1935) hadde vært på en studiereise i USA i 1919 og skrev at det var «en tydelig bevægelse i retning av at forbedre og reformere hele den medicinske undervisning» (7, s. 41). Han viste til Flexner-rapporten, men omtalte den ikke nærmere.

Tidene skifter

Det er flere synspunkter i Flexners rapport fra 1910 som står seg like godt i dag, som det han skriver om endringer i legerollen, den avgjørende betydningen av forebyggende medisin, hygiene og offentlig helsearbeid (2, s. 19) samt den akademiske legens rolle i forebyggende helsearbeid (2, s. 26).

Men hva med Flexners studiemodell, med mye memorering og skarpt skille mellom preklinikk og klinikk? Har den overlevd seg selv? Gjør ikke nye digitale prinsipper for kunnskapshåndtering det unødvendig å bruke måneder og år på å pugge anatomiske og fysiologiske detaljer? Er denne studieplanen som en bensinmotor i en hypermoderne bil som nå bør skiftes ut med en elektrisk motor?

I forbindelse med Flexner-rapportens hundreårsjubileum i 2010 kom det en rekke publikasjoner som reiste nettopp disse spørsmålene. En av dem var en ny rapport fra The Carnegie Foundation: *Educating physicians: a call for reform of medical school and residency* (8). Et forskersteam fulgte i Flexners fotspor og besøkte 11 av totalt 130 utdanningssteder for leger i USA. Selv om helsetjenestene i Norge og USA er svært forskjellige, kan vi likevel nikke gjenkjennende til de fleste av de kritiske kommentarene i rapporten, som at læring av medisinske ferdigheter er for mye basert på sykehusmedisin, at eldre leger på grunn av tidsnød i økende grad overlater veiledning og undervisning til mindre erfarne kolleger, at studentene har liten anledning til å arbeide med pasienter over tid for å se hele sykdomsforløp, og ikke minst

at helsetjenestens oppjagete tempo og kommersielle forankring truer fundamentale profesjonsverdier. I en oppsummeringsartikkel skrev prosjektlederne: *Medisinutdanningen har utviklet seg siden Flexners kritikk i 1909. Mange endringer avspeiler de omfattende forandringene i medisinsk kunnskap, teknologi og praksis. Flexner ville neppe kjent seg igjen i nåtidens medisinske praksis, men han ville følt seg hjemme i nåtidens paradigme for legeutdanning, et paradigme han selv var med å bygge* (8, min oversettelse).

Vi synes altså å ha havnet i en situasjon der den optimale legeutdanningen anno 1910 ikke har maktet å endre seg i takt med medisinske teknologiske og strukturelle endringer, særlig når det gjelder kunnskaps-håndtering. Vi kjører fremdeles pedagogisk T-Ford eller i alle fall med samme type motor.

***Lancet*-kommisjonen**

Noen svar finnes i en annen rapport som kom i anledning hundreårsjubileet for Flexner, på initiativ fra *The Lancet*, også den finansiert filantropisk: *Health professionals for a new century* (9). Den var utarbeidet av en internasjonal kommisjon med 20 medlemmer. Før vi ser nærmere på hvordan vi i Norge har revidert våre legeutdanninger, er det nyttig å se hvor denne kommisjonen mener skoen trykker, og hvilke forslag den har for å bedre det dårlige samsvaret mellom helsepersonellutdanningene og hva slags helsepersonell verden trenger.

Rapporten tar ikke bare utgangspunkt i Flexner-rapporten fra 1910, men også i to andre rapporter fra Rockefeller Foundation, én i 1915 om offentlig helsearbeid (10) og én i 1923 om sykepleierutdanning (11). Dette er viktig fordi flere av anbefalingene handler om bedre tverrfaglig samarbeid mellom leger, offentlige helsearbeidere og sykepleiere.

Kommisjonen skrev at profesjonsutdanningen ikke har fulgt med helse-systemenes utvikling, særlig på grunn av fragmenterte, utdaterte og statiske læreplaner som uteksaminerer dårlig forberedte kandidater. Den identifiserte følgende problemer på systemnivå:

- Dårlig samsvar mellom fagkompetanse og behov blant pasienter og i befolkningen
- Dårlig teamarbeid
- Vedvarende kjønnsforskjeller i profesjonsstatus
- Smalt teknisk fokus uten bredere forståelse av sammenhenger
- Episodiske pasientmøter i stedet for sammenhengende oppfølging
- Sykehusorientering på bekostning av mer orientering mot primærhelsetjenesten

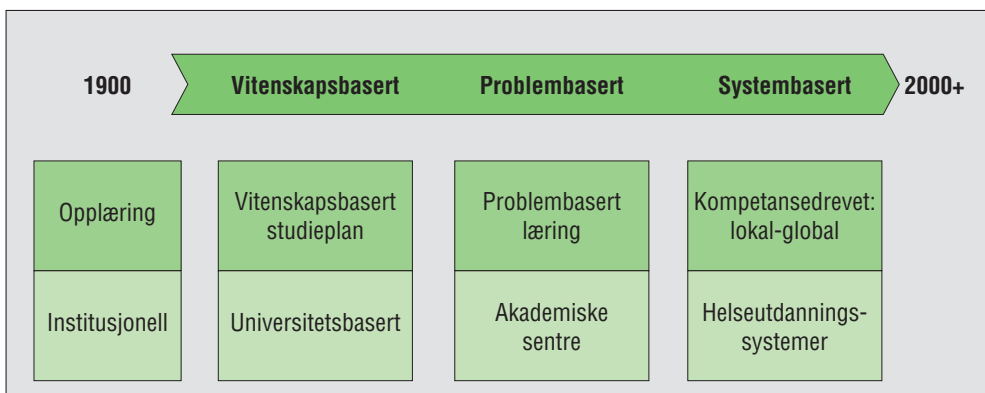
- Ubalanse mellom kvantitative og kvalitative mål på profesjonsarbeidsmarkedet
- Svakt lederskap i helsetjenestens utviklings- og forbedringsarbeid

Kommisjonen foreslo en tre-generasjons evolusjonsmodell for det nødvendige reformarbeidet av profesjonsutdanningene, fra vitenskapsbasert gjennom problembasert og til systembasert (figur 3).

Selv om forfatterne understreker at virkeligheten er mer kompleks enn dette, at for eksempel elementer fra én generasjon kan fortsette inn i den neste, er det mulig å tenke seg at hvert enkelt utdanningssted med sin læreplan befinner seg ett eller annet sted langs denne akse, foreløpig mest i det vitenskapsbaserte eller det problembaserte stadiet. Bare noen få steder er man på vei over i systembaserte reformer.

To viktige annengenerasjons læremåter som fremheves spesielt, er problembasert læring (PBL) og tverrfaglige læreplaner. Her er det interessant å merke seg at et viktig element ved problembasert læring, arbeid i små grupper og ikke store plenumsforelesninger, er læringselementer som Flexner allerede fremhevet i 1908 i *The American College*. Å redusere antallet plenumsforelesninger til fordel for gruppeundervisning og gruppearbeid har vist seg å være en spesielt gjenstridig del av reformarbeidet med legeutdanningen. På Harvard Medical School gikk de så langt at mange auditorier ble fysisk bygget om til grupperom, slik at det ikke skulle være mulig for en professor å undervise mange studenter samtidig.

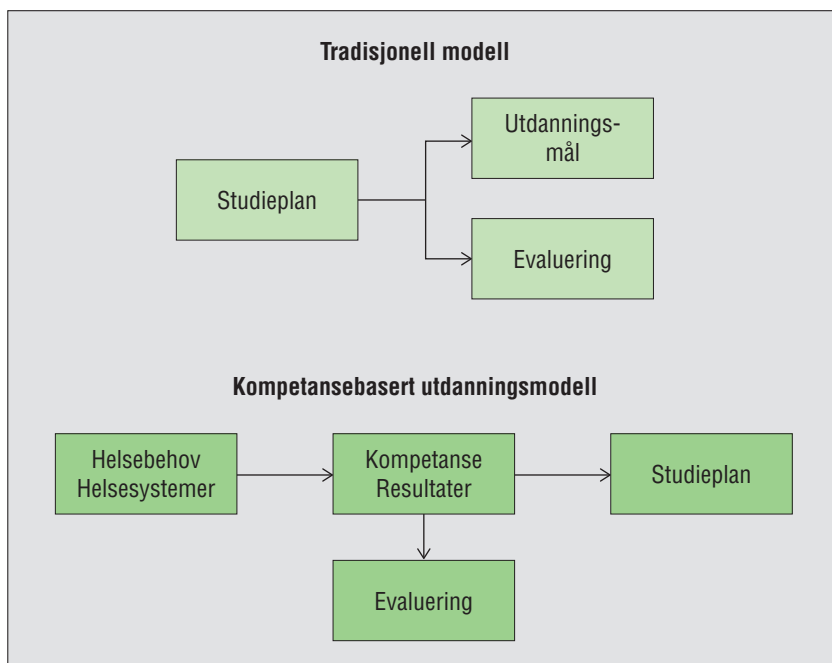
Rapporten er skrevet i en optimistisk og fremtidsrettet tone, men det skinner gjennom at forfatterne ikke helt «har trua»: *En renaissance for profe-*



Figur 3. Tre reformgenerasjoner for utdanning av helsepersonell. Modifisert etter referanse (9), s. 1930

sjonalisme – pasientsentrert og teambasert – har vært mye diskutert, men det har manglet lederskap, insentiver og makt til å levere. Noen forsøk på å omdefinere fremtidige roller og ansvarsoppgaver for helsepersonell har karret seg langsomt fremover i helsehierarkiens sterke stammekultur. Spesifikke personellgrupper har vært fremmet, men uten en overordnet strategi for at det bredere helsefagsamfunnet skal kunne samarbeide for å møte individuelle og befolkningsmessige helsebehov. Flere velmente forsøk på å håndtere disse problemene har vært gjort, men de har hittil kommet til kort (9, s. 1926, min oversettelse).

Lancet-rapporten har ikke fått oppmerksomheten den fortjener. Det er kanskje ikke så overraskende, den er for radikal i sine forslag, blant annet om nye typer fagfolk og en kraftigere og tydeligere satsing i de fattige delene av verden. For å få til det må vi over i den tredje reformgenerasjonen, den systembaserte (figur 4). Ifølge kommisjonen innebærer det å «snu pyramiden». I stedet for å ta utgangspunkt i en studieplan med forhåndsbestemte elementer, må vi ta utgangspunkt i virkelighetens helsebehov og helsesystemer, altså ulikhet i helse, lokalt og globalt, og så definere den nødvendige reformkompetansen (figur 4). Kanskje trenger vi noen nye helseprofesjoner? Helsemeglere? Konspirasjonsbekjempere?



Figur 4. Tredje reformgenerasjon, sammenliknet med tradisjonell studiemodell. Modifisert etter referanse (9), s. 1953

Koronapandemien minner oss om hvor viktig det globale helseperspektivet er, og at epidemiologien rett som det er trumfer den kliniske medisinen. Hva skulle vi vel gjort nå uten våre mange dyktige kommuneoverleger? Kanskje tvinger det stadig muterende korona-viruset oss etter hvert til et livsnødvendig internasjonalt samarbeid, der «ingen er beskyttet før alle er beskyttet»?

Legeutdanningen i Norge

I Norge startet legeutdanningen i hovedstaden i 1814, og den første studieplanen ble vedtatt av Det akademiske kollegium i 1826. Læreplanen fra 1844 var tredelt, med en preklinisk første avdeling og så to kliniske avdelinger. Frem til 1939 var studiet åpent for alle som var immatrikulert ved Universitetet i Oslo (12). Antall studieplasser i 1940 var 60. På grunn av manglende kliniske studieplasser oppsto det etter hvert flere års ventetid mellom de to avdelingene. I 1946 ble det derfor opprettet 20 kliniske studieplasser ved det nye universitetet i Bergen, som fra 1963 kunne tilby full legeutdanning. I 1973 startet legeutdanningen ved universitetet i Tromsø, og fra 1974 kunne universitetet i Trondheim tilby kliniske studieplasser for studenter med preklinisk utdanning fra Bergen, senere også fullt studium.

Medisinstudiene ved de fire norske universitetene er basert på ulike studieplaner, det vil blant annet si ulik tilnærming til læring og ulik mengde undervisning og utplassering i de ulike fagene. Universitetet i Oslo endret studieplan i 1996. Det ble da innført en problembasert læringsmodell med elementer av tradisjonell studieplan og andre aktive læringsformer. Reformen ble møtt med mye motstand og kritikk i lærerkollegiet, og evalueringen viste at det var vanskelig å påvise en spesifikk effekt av den nye studiemodellen blant studentene eller legene (13–16).

En ny revisjon til en modulbasert studieplan ble lansert i 2014 (17). Bruk av problembasert læring (PBL) ble redusert til fordel for andre studentaktiviserende læringsmåter som teambasert læring (TBL). Det ble også utviklet et nytt smågruppeformat kalt *lærerledet smågruppe i basalfag* (LSB). Strukturen i planen ble forenklet for å gjøre det lettere å ha oversikt, både internt i den enkelte modul og innen de enkelte fag, men dette var nok mer en diplomatisk justering enn en systemreform.

Universitetet i Bergen beholdt en tradisjonell studiemodell, med skarpt skille mellom prekliniske og kliniske studier, helt frem til 2015. I Trondheim ble undervisningen lagt opp med utgangspunkt i problembasert læring da fullt medisinstudium ble etablert i 1993. Studiemodellen ble justert i 2003 og 2014. Grunnmodellen skal være som før, men med vekt på tre langs-

gående emner: forebyggende og helsefremmende arbeid, kommunikasjon, profesjonalitet og legerollen samt vitenskapelig kompetansebygging. Studiemodellen i Tromsø skiller seg også fra tradisjonelle studiemodeller, blant annet med mer vekt på organbasert undervisning. Alle de fire norske universitetene hører dermed mer eller mindre hjemme i andre reformgenerasjon (18).

Etter den annen verdenskrig har mange nordmenn studert medisin i utlandet. Allerede i min generasjon, med avsluttende eksamen rundt 1970, hadde omtrent halvparten av legene utenlandsk eksamen, de fleste fra Vest-Tyskland, Nederland eller Østerrike. I tidsrommet 2016 til oktober 2021 ble 2586 nordmenn uteksaminert som leger fra utenlandske universiteter. I samme periode ble 2920 nordmenn og 70 utlendinger uteksaminert fra de fire norske universitetene (Anders Taraldset, personlig meddelelse). Det store flertallet av disse har eksamen fra øst-europeiske universiteter, spesielt fra Polen. Læreplanene ved disse universitetene hører hjemme i første reformgenerasjon med tydelig skille mellom preklinisk og klinisk del (19). Dette mangfoldet i legeutdanninger gir oss et godt utgangspunkt for å se på i hvilken grad forskjellige studieplaner og universitetskulturer påvirker legenes holdninger, atferd og karrierevalg: Er det etter noen år som lege i Norge mulig å se hvor og hvordan en lege er utdannet?

Legeforskningsinstituttet

I 1992 startet forskningsprogrammet *Legekårsundersøkelsen* med finansiering fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP). Etter tre år gikk programmet over i et permanent forskningsinstitutt, Legeforskningsinstituttet (LEFO). Det ble blant annet etablert et representativt utvalg på ca. 1800 leger, *Legepanelet*, som følges med spørreskjema hvert annet år, og hvor pensjonerte leger kontinuerlig erstattes med yngre.

I løpet av 30 år er det publisert hundrevis av forskningsartikler, norske og internasjonale, som på forskjellig vis handler om de norske legenes helse, atferd, arbeidsforhold og karrierevalg. I alle relevante analyser blir legenes studiested testet som mulig prediktorvariabel, men det er svært sjelden vi finner noen effekt av denne. Det tyder på at legeidentiteten først og fremst formes *etter* studiet, når den ferske legen møter den norske virkeligheten med pasienter og gode (eller dårlige) mentorer og forbilder. Studietiden blir dermed mer et overgangsritual enn en læretid. Derfor er det spesielt viktig at nyutdannede leger så raskt som mulig får interessante og relevante jobbtilbud, gjerne på det internasjonale legemarkedet.

Konklusjon

Abraham Flexners rapport fra 1910 inneholdt mange kloke ord om legeatferd og legeroller, som også er relevante i dag. Men hans foretrukne studiemodell, som hadde mye til felles med de samtidige europeiske modellene, med mye memorering og et skarpt skille mellom preklinisk og klinisk opplæring, er foreldet. Riktignok ser det ut til at studiemodell bare i liten grad er avgjørende for legenes yrkesvalg og identitet. Sannsynligvis er den første tiden som ferdig lege mer formativ enn selve studietiden. Men det burde være mulig å utdanne flere leger som utfordres av lokale og globale ulikheter i helse. For å få til det må det nok større og mer radikale og systembaserte undervisningsreformer til enn de vi hittil har sett.

Jeg takker Per Haave for nyttige innspill og referanser.

Litteratur

1. Bonner TN. *Iconoclast: Abraham Flexner and a Life in Learning*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2002.
2. Flexner A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910. http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf (19.12.2021).
3. Schrewe B. From history to myth: productive engagement with the Flexnerian metanarrative in medical education. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2013; 18: 1121–38. <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9438-0>
4. Flexner A. *Medical education in Europe*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1912. <https://archive.org/details/medicaleducation00flexuoft> (19.12.2021).
5. Bonner TN. Abraham Flexner as critic of British and Continental medical education. *Med Hist* 1989; 33: 472–9. <https://doi.org/10.1017/s0025727300049942>
6. Flexner A. *Medical education: a comparative study*. New York, Macmillan, 1925.
7. Holst PF. Indberetning om en stipendiereise til Amerika. *Æsculap* 1921; 2: 40–5. <https://www.nb.no/items/94df435104f4dcd0d0173950ec47741?page=53> (2.1.2022).
8. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. *A summary of educating physicians: a call for reform of medical school and residency*. <http://archive.carnegiefoundation.org/publications/elibrary/educating-physicians-summary.html> (19.12.2021). Sammendrag basert på bok med samme tittel utgitt i San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2010.
9. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
10. Welch WH, Rose W. *Institute of Hygiene: a report to the General Education Board of Rockefeller Foundation*. New York: The Rockefeller Foundation, 1915.
11. The Committee for the Study of Nursing Education. *Nursing and nursing education in the United States*. New York: The Rockefeller Foundation, 1923.

12. Haave P. Fra fritt til lukket medisinstudium: myndighet og kyndighet i konflikt (1923–1940). I: Benum E, Myhre JE, Skeie J, red. *Kunnskapens betingelser*. Oslo: Vidarforlaget, 2009: 238–61. <https://www.nb.no/items/bf8cea57e67150bc3ca499874a0f3602?page=241> (2.1.2022).
13. Wiers-Jenssen J. *Skaper ulike studieordninger ulike leger? Bakgrunn for evaluering av «Oslo96» – medisinutdanningsreformen ved Universitetet i Oslo*. NIFU skriftserie 2/2004. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning, 2004. <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/280653> (2.1.2022).
14. Wiers-Jenssen J, Aasland O. Har Oslo96-reformen ført til endringer i studenttilfredshet og studieatferd? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2100–3. <https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-utdanning/har-oslo96-reformen-fort-til-endringer-i-studenttilfredshet-og-studieatferd> (2.1.2022).
15. Aasland OG, Wiers-Jenssen J. Har Oslo96-reformen hatt betydning for legers oppdatering og ferdighetsnivå? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2100–4. <https://tidsskriftet.no/2007/08/tema-utdanning-og-karriere/har-oslo96-reformen-hatt-betydning-legers-oppdatering-og> (2.1.2022).
16. Vågan A, Aasland OG. Legesentrert og pasientsentrert klinisk kommunikasjon blant leger utdannet før og etter Oslo96-reformen. *Michael* 2011; 8: 317–28. <https://www.michaeljournal.no/article/2011/10/Legesentrert-og-pasientsentrert-klinisk-kommunikasjon-blant-leger-utdannet-f%C3%B8r-og-etter-Oslo96-reformen> (2.1.2022).
17. Frich JC, Middelthon IM, Os I. Revisjonen av medisinstudiet i Oslo – «Oslo 2014». *Michael* 2016; 13: 50–60. <https://www.michaeljournal.no/article/2016/02/Revisjonen-av-medisinstudiet-i-Oslo-%c2%abOslo-2014%c2%bb> (19.12.2021).
18. *Studieplasser i medisin i Norge: behov, modeller og muligheter*. Utredning fra Grimstadutvalget. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/studieplasser-i-medisin-i-norge/id2670032/> (19.12.2021).
19. *Academic programs in English*. Jagiellonian University Medical College. The Jagiellonian University in Krakow. <https://medschool.uj.edu.pl/medical-education/academic-program/> (19.12.2021).

Olaf Gjerløw Aasland
olaf2306@gmail.com

Olaf Gjerløw Aasland er lege, professor emeritus og tidligere instituttjef ved
Legeforskningsinstituttet.

Hva er medisinstudentene opptatt av?

Michael 2022; 19: 44–51.

Norsk medisinstudentforening er for tiden særlig engasjert i fire saker: antall studieplasser og antall LIS1-stillinger, vurderingsformer på medisinstudiet og medisinstudiets innhold og kvalitet.

Norsk medisinstudentforening (Nmf) er en fagforening og interesseorganisasjon for alle norske medisinstudenter. Foreningen er en underavdeling av Legeforeningen, og medlemstallet er ca. 4900, hvorav 3400 i Norge og 1500 i utlandet. I Norge er ca. 85 % medlemmer og blant utenlandsstudentene er andelen ca. 50 %. Vår oppgave er å identifisere hva som opptar studentene, og å jobbe for oppmerksomhet og gjennomslag for disse sakene. I denne kronikken vil vi omtale fire av de viktigste temaene vi arbeider med.

LIS1

I 2017 ble spesialistutdanningen for leger lagt om. Turnustjenesten falt bort og ble erstattet av LIS1, som står for *lege i spesialisering del 1*.

LIS1 opptar mange medisinstudenter. Allerede idet de begynner på studiet spør mange om hvordan de skal gå fram. Antall henvendelser til oss har økt i takt med at det er stadig vanskeligere å få LIS1-stilling rett etter fullført studium.

I 2013 ble turnusordningen lagt om fra trekningsbasert til søknadsbasert (1). Nå ansettes man etter kvalifikasjoner, på lik linje med andre stillinger i det offentlige. For å få LIS1-stilling er det kun krav om at man er cand.med. og innehar et visst nivå av språkferdigheter. Det høres ganske rettfærdig ut, så hva er problemet med denne ordningen?

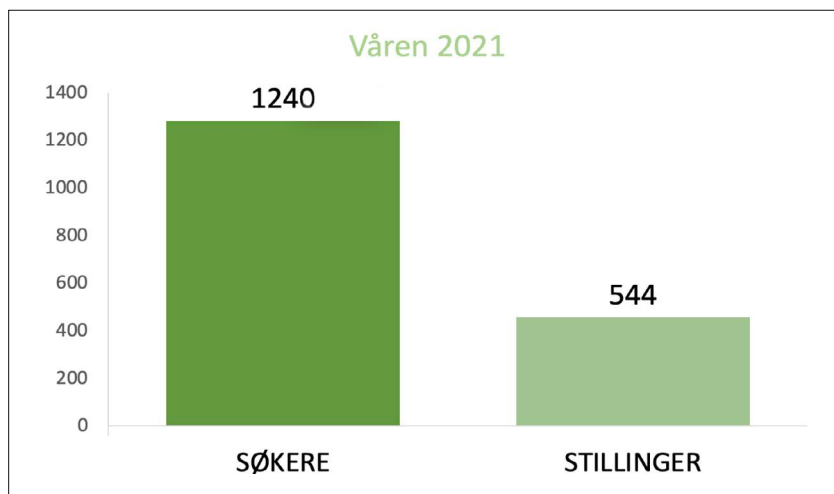
Helsedirektoratet sammenfatter en statusrapport etter hver søknadsrunde. Rapportene viser at det er langt flere søkere enn stillinger (2). Dette fører til at mange nyutdannede leger ikke får startet på spesialiseringen etter

studiet, og må finne annet arbeid som kan øke sjansene for å få LIS1-stilling senere. Slikt arbeid kan være LIS1-vikariater eller såkalte postlegestillinger (3). Ettersom disse kandidatene vil søke igjen ved neste søknadsrunde, i tillegg til alle dem som er nyutdannet, blir det totalt sett enda flere søkere enn LIS1-stillinger for hver gang. Inngangen til LIS1 er altså blitt en flaskehals som blir stadig trangere.

Det er for få LIS1-stillinger i forhold til Norges reelle legebehov. Våren 2021 fikk kun 45 % av søkerne tilbud om LIS1-stilling (2), til tross for at vi har legemangel i landet (figur 1). I stedet for å øke antallet LIS1-stillinger i tråd med legebehovet, importerer vi ferdig utdannede spesialister fra utlandet. Dette er i strid med WHO-konvensjonen om etisk rekruttering av helsepersonell (4).

Den norske spesialiseringsordningen skaper også problemer for leger utdannet i utlandet, særlig Danmark. De har fullført dansk turnustjeneste, såkalt klinisk basisuddannelse (KBU). Vi jobber for å finne en løsning for “KBU-legene”, slik at de skal unngå å gå dobbel turnus. Vi ønsker at de skal få godskrevet KBU-utdannelsen som deler av LIS1, og ta et halvt år i LIS1 for å få det godkjent (5).

Vi arbeider også for å informere medlemmene om søknadsprosessen til LIS1, rettigheter ved ansettelse og at ansettelsesprosessene skal foregå ryddig og åpent. For å kartlegge dette har vi sendt forespørsler til alle helseforetakene. Svarene vi har mottatt, samt undersøkelser blant egne medlemmer, viser at arbeidserfaring som medisinstudent med lisens er den viktigste enkeltfaktoren for å få LIS1-stilling (6). Det fører til økt stress blant medi-



Figur 1. Våren 2021 fikk kun 45 % av søkerne tilbud om LIS1-stilling (2).

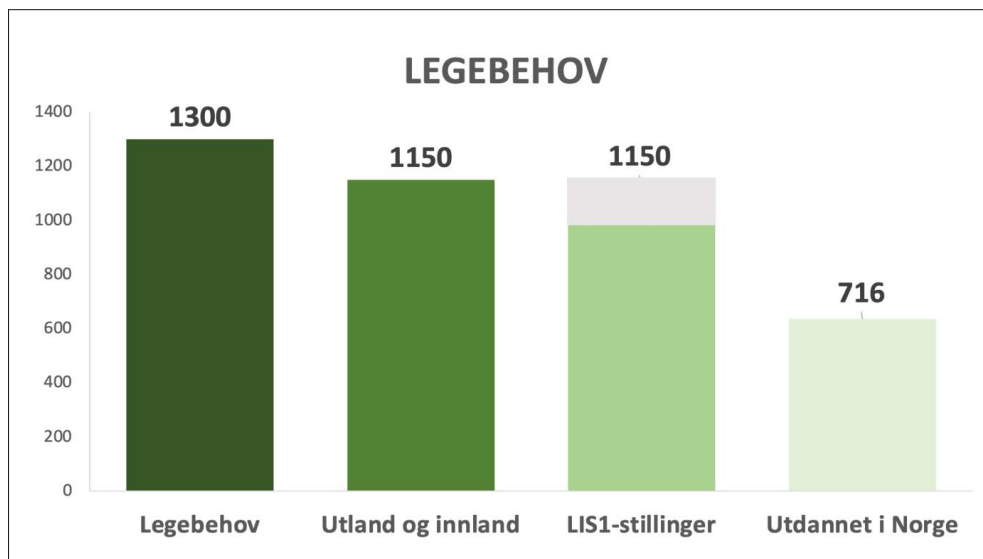
sinstudenter om å bygge CV ved siden av studiet for å øke sjansene til en LIS1-stilling. Det er selvsagt bra at medisinstudentene får relevant arbeids-erfaring, men omleggingen til søknadsbasert turnus har ført til at kampen om LIS1-stillingene er blitt sterkt konkurransebasert. Dette kan ha negative konsekvenser, for eksempel i form av redusert studieprogresjon.

Studieplasser

I dag er det 716 studieplasser på medisin i Norge, hvorav 240 i Oslo (120 høst og 120 vår), 185 i Bergen, 155 i Trondheim og 136 i Tromsø. I tillegg velger omtrent 500 norske studenter å ta medisnutdanning i utlandet hvert år, hvorav flest studerer i Polen, deretter følger Ungarn, Slovakia og Danmark som populære studieland (7).

Statistisk sentralbyrå beregnet i 2019 et årlig behov på 1300 nyutdannede leger (8). Samme år var antall ledige LIS1-stillinger 950. Fra høsten 2022 er tallet økt til 1150 (9) (figur 2). Det er imidlertid en uproporsjonal fordeling mellom antallet nyutdannede leger, antallet som starter i LIS1-stillinger og landets legebehov. Vi er opptatt av i større grad å synkronisere disse tallene for å ivareta et forsvarlig helsetilbud for innbyggerne.

Norge utdanner i begrenset grad sine egne leger, og er avhengig av at mange tar utdannelsen sin ute og at man importerer ferdigutdannede spesialister fra utlandet. Antall medisinstudenter som studerer i Norge er fast-



Figur 2. Statistisk sentralbyrå har beregnet et årlig behov på 1300 nyutdannede leger (8). Antall LIS1-stillinger har lenge vært 950, men fra høsten 2022 er antallet økt til 1150 (9).

satt, mens det er ingen regulering på hvor mange som kan utdannes i andre land. Dette kan føre til ytterligere kødannelse og press på LIS1-flaskehalsen i framtiden.

Grimstadutvalget anbefalte i 2019 at Norge bør utdanne 80 % av sine egne leger, både på grunn av Norges internasjonale forpliktelser og etiske problemer ved å importere leger fra land med lavere legedekning (7). I løpet av de siste årene har det blitt flere studieplasser i Norge (7). Fra høsten 2020 økte antall studieplasser med 80 på landsbasis, og fra høsten 2022 er det planlagt en økning på 15 studieplasser i Tromsø. Dette er positivt, og vi ønsker på sikt at Norge skal følge Grimstadutvalgets anbefaling. Det er viktig at dette skjer i kontrollerte former slik at det ikke utdannes flere leger enn det det er behov for, blant annet av hensyn til en stadig trangere LIS1-flaskehals.

Vi jobber for en helhetlig dimensjonering av legeutdanningen, fra medisinstudent til spesialist. Det innebærer at antall studieplasser og LIS1-stillinger samsvarer med det faktiske legebehovet. En slik dimensjonering forutsetter at det foretas en jevnlig estimering av legebehov, og en justering av studieplasser ved norske fakulteter og LIS1-stillinger. Vi ønsker en regulering av hvor mange studenter som kan studere i utlandet, gjerne gjennom begrenset bevilgning av støtte fra Lånekassen (10).

Økningen av studieplasser på medisin i Norge har begynt. Nå pågår en debatt om det skal opprettes et femte fakultet ved Universitetet i Stavanger (11) eller om økningen i studieplasser skal skje ved de eksisterende fakultetene (12). Her er både medisinstudentene og Grimstadutvalget delt i sine meninger (7).

Vurderingsformen på medisin

Vurderingsformen ved medisinutdanningene har vært debattert flere ganger, og diskusjonen har blusset opp igjen nå. I Trondheim og Tromsø vurderes alle eksamener som bestått/ikke-bestått, mens i Oslo og Bergen brukes graderingsmodellen A-F, hvor beståttgrensen går mellom E og F. Vi mener at en todelt modell er bedre egnet enn en graderingsmodell. Den ulike praksisen er et problem når studenter fra de ulike studiestedene søker på de samme LIS1-stillingene.

Vurderingsformen ble diskutert også i 2013. I Oslo hadde man da i 16 år brukt en todelt modell. De som ønsket å gjeninnføre gradert modell mente at studentene ville stille sterkere ved økt internasjonalisering når de hadde karakterer å vise til og at studentene tilpasset seg minstekravet for å bestå eksamen ved en todelt ordning (13). Flertallet av studentene ønsket bestått/ikke-bestått, mens de fleste underviserne foretrakk et gradert system (14). Det endte med gjeninnføring av karakterbasert vurdering i Oslo.

En undersøkelse i Bergen med svar fra 485 studenter (svarrespons 51 %) viste at et stort flertall av medisinstudentene ønsker en ikke-gradert vurderingsform (15), slik også studentene i Oslo ønsket (14). Vårt inntrykk er at majoriteten av medisinstudenter ved de karakterbaserte fakultetene ønsker en overgang til bestått/ikke-bestått som vurderingsform.

Et argument for en todelt vurderingsform er at karakterer ikke kan benyttes som et vurderingskriterium i søknadsprosessen for LIS1, fordi ulik praktisering av vurderingsform mellom fakultetene ikke danner et felles vurderingskriterium for LIS1-stillinger (20). Et annet poeng er at en todelt vurderingsform er vist å føre til bedre psykisk helse blant medisinstudenter uten at det medfører lavere akademiske prestasjoner (16, 17). Dette er et relevant argument, blant annet i lys av Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT) som senest i 2021 viste at mange studenter sliter (18).

Våren 2021 ble det innført en nasjonal avsluttende eksamen for alle ssteårsstudenter på medisin i Norge, etter noen år med nasjonal delprøve som pilotprosjekt (19). Vurderingsformen er bestått/ikke bestått. Norsk medisinstudentforening gjennomførte i 2018 en åpen spørreundersøkelse blant studentene, der over 2000 svarte (oppslutning nesten 50 % blant studentene i Norge og 16 % blant utenlandsstudentene). Nesten samtlige mente at nasjonal eksamen ikke skulle kunne benyttes i ansettelsesprosesser utover at den gir legeautorisasjon for studenter i Norge, og omtrent 80 % mente at eksamen bør graderes som bestått/ikke bestått (20).

Koronapandemien fra 2020 medførte en midlertidig omlegging til digital undervisning og hjemmeeksamen for studentene. For første gang innførte alle de fire medisinske fakulteter bestått/ikke bestått som vurderingsform (21). Vi ønsker at dette skal bli en permanent løsning. Har man gjennomført medisinstudiet, er man i teorien «god nok» lege. Man burde ikke skille mellom «A-leger» og «D-leger».

Studiekvalitet og innhold

Medisinstudiet i Norge holder generelt høy kvalitet. Studiebarometeret, som gjennomføres av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), viser at studentene er tilfredse med studieprogrammet (22). Medisinstudiet skårer imidlertid dårlig på veiledning og tilbakemeldinger fra faglig ansatte. I 2017 var gjennomsnittsskåren for alle medisinstudiene i Norge 2,5 på en skala fra 1 til 5. Skåren er blitt noe bedre de siste årene, i 2020 var den 2,9 (22). Dette er fortsatt ikke bra nok. Tilbakemeldingspraksis må forbedres for å sikre gode og trygge leger i framtiden.

I 2017 startet et omfattende arbeid for å sikre nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) (23). Man utviklet nasjonale

læringsutbyttebeskrivelser for medisinstudiet i Norge, som alle fakulteter har implementert. Læringsutbyttebeskrivelsene deler medisinstudiet inn i syv kompetanseområder med hver sine underpunkter og læringsutbytter. Blant annet nevnes det under kompetanseområdet «profesjonalitet» at kandidaten skal kunne «ivareta egen helse og bidra til et godt arbeidsmiljø for seg selv og andre.» (24). Samtidig vet vi at mange studenter sliter (25). Det er viktig at fakultetene følger opp punktet om å få *studie- og yrkesmestring* inn i grunnutdanningen som en del av profesjonalitetsutviklingen (26).

RETHOS stiller også krav om mengden praksis i primærhelsetjenesten. I dag varierer dette studiestedene imellom fra seks til ti uker totalt gjennom hele studieløpet (7). Den nasjonale retningslinjen anbefaler at minst ti uker av praksisen bør gjennomføres i primærhelsetjenesten (24). Vi mener dette kan være viktig for å øke interessen for fastlegeyrket og legedekningen i distrikt.

Norske medisinstudenter i utlandet utgjør en stor andel av framtidens leger. Det er viktig at de får en god introduksjon til norsk helsetjeneste. Hospitering og sommerjobb for utenlandsstudenter er en god mulighet til å bli kjent med norsk helsevesen, og gir studentene mer presise forventninger til og innblikk i den framtidige arbeidshverdagen. Dette bør prioriteres i større grad, ettersom så stor andel av framtidige leger utdannes i andre land og i andre helsevesen enn der de skal arbeide.

Litteratur

1. Hamandsen K. Søknadsbasert turnustjeneste – hvem skal få jobb? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1288. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0461>
2. *Leger i spesialisering – Statusrapporter for søknadsrunder*. Oslo: Helsedirektoratet, 2019 (sist faglig oppdatert 22.10.2021). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder> (28.12.2021).
3. Storvik AG. Sterkt kritisk til at ferske leger ansettes som «postleger». *Dagens medisin* 4.6.2019. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/06/04/sterkt-kritisk-til-at-unge-leger-ansettes-som-postleger/> (28.12.2021).
4. *Internasjonal rekruttering av helsepersonell – WHO koden*. Oslo: Helsedirektoratet, 2015 (sist faglig oppdatert 27.5.2020). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ansettelse-av-helsepersonell/helsemyndighetenes-ansvar/internasjonal-rekruttering-av-helsepersonell-who-koden> (28.12.2021).
5. *Norsk medisinstudentforening om KBU*. Vedtak på landsmøtet i Norsk medisinstudentforening 23.8.2020. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/9b097286dbd0461b819f77ae1b3d9c29/2020-resolusjon-godkjenn-kbu.pdf> (28.12.2021).
6. *Tips til ansettelsesprosessen til LIS1*. Norsk medisinstudentforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/student/norsk-medisinstudentforening/lis1/tips/> (28.12.2021).

7. *Studieplasser i medisin i Norge: behov, modeller og muligheter*. Utredning fra Grimstadutvalget. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf (28.12.2021).
8. Hjemås G, Zhiyang J, Kornstad T et al. *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Rapport 2019/11. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2019. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/385822?ts=16a9632c1f0> (28.12.2021).
9. *Vurdering av antall LIS1-stillinger*. Oslo: Helsedirektoratet, 2019. https://www.helse-direktoratet.no/rapporter/vurdering-av-antall-lis1-stillinger/Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20-%20rapport.pdf/_/attachment/inline/c3610550-2920-4fbf-8923-067459dd64cf:c1135a3d6f4ac87ff9a662e7f5cf4d53db9430e5/Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20-%20rapport.pdf (28.12.2021).
10. *Regulering av antall norske medisinstudenter*. Norsk medisinstudentforening 2020. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/9b097286dbd0461b819f77ae1b3d9c29/regulering-av-antall-norske-medisinstudenter.pdf> (28.12.2021).
11. *Hele oppstartsfinansieringen for medisinstudiet på plass*. Universitetet i Stavanger 2021. <https://www.uis.no/nb/hele-oppstartsfinansieringen-medisinstudiet-pa-plass> (28.12.2021).
12. Olsen IP, Lillebo B, Ofstad EH et al. Tid for å utdanne flere leger desentralt. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0367>
13. Gjersvik P. Bestått/ikke-bestått – en historisk parentes? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1549. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0750>
14. Slørdahl JT. Er innføring av karakterer veien å gå? *Tidsskr Nor Legeforen* 2013. <https://tidsskriftet.no/2013/09/kommentar/er-innforing-av-karakterer-veien-ga> (28.12.2021).
15. *MEDSU karakterundersøkelsen*. Medisinsk fagutvalg (MFU) Bergen 2021. <https://mfu.w.uib.no/2021/05/03/medsu-karakterundersokelsen/> (28.12.2021).
16. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc* 2005; 80: 1613–22. <https://doi.org/10.4065/80.12.1613>
17. Spring L, Robillard D, Gehlbach L et al. Impact of pass/fail grading on medical students' well-being and academic outcomes. *Med Educ* 2011; 45: 867–77. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03989.x>
18. Sivertsen B. *Studentenes helse-og trivselsundersøkelse, hovedrapport*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2021. <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf> (28.12.2021).
19. *Nasjonal delprøve i medisin*. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo <https://www.med.uio.no/om/prosjekter/nasjonal-delprove-medisin/> (28.12.2021).
20. Ulsaker H. Ja til nasjonal medisineksamen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0372>
21. Velde CD. Bestått/ikke bestått, et nytt kapittel for medisinstudiet? *Tidsskr Nor Legeforen* 2021. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0259>
22. *Studiebarometeret*. NOKUT 2020. https://studiebarometeret.no/no/student/studieprogram/1110_medisin/tidsserie (28.12.2021).

23. *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/> (28.12.2021).
24. *Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudenter*. Kunnskapsdepartementet. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21> (28.12.2021).
25. Martinsen MØ. *Blir flinke piker til flinke leger? En studie om personlighet og psykiske lidelser blant medisinstudenter og unge leger*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 2016. <https://munin.uit.no/handle/10037/15506> (28.12.2021).
26. *Mindre engstelse, bedre psykisk helse!* Resolusjon vedtatt av Norsk medisinstudentforening 29.8.2021. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/9b097286dbd0461b819f77ae1b3d9c29/resolusjon-vedtatt-29.08.21.pdf> (28.12.2021).

Maja Elisabeth Mikkelsen
maja.mikkelsen@legeforeningen.no

Maja Elisabeth Mikkelsen er leder i Norsk medisinstudentforening og medisinstudent ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Stig Erlend Almåsbygg
stig.almasbygg@medisinstudent.no

Stig Erlend Almåsbygg er delegat i landsstyret, Norsk medisinstudentforening og medisinstudent ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Evgenia Taranova
evgenia.taranova@medisinstudent.no

Evgenia Taranova var nasjonal folkehelseansvarlig i Norsk medisinstudentforening i 2021 og er medisinstudent ved Universitetet i Bergen.

Fra turnustjeneste til LIS1

Michael 2022; 19: 52–7.

Turnustjenesten for leger er avviklet, og er ikke lenger noe krav for å få autorisasjon som lege. I stedet har vi fått «leger i spesialisering, del 1» (LIS1), som er en første, felles del av alle spesialiseringsløp. LIS1 er beregnet å ta like lang tid som den gamle turnustjenesten, og innholdet er mye av det samme. For å sikre ensartet utbytte av tjenesten, er det utarbeidet mye mer detaljerte læringsmål enn tidligere. Fordelingen av stillingene skjer ikke lenger etter loddtrekning, men stillingene søkes etter de samme prinsipper som i arbeidslivet for øvrig.

En praktisk tjeneste for medisinske kandidater ble foreslått allerede i 1911 (1), men det var først etter studieplankomiteens innstilling om nedkorting av studietiden til 6–6 ½ år, at prinsippet om en etterfølgende praktisk tjeneste ble knesatt i kongelig resolusjon 20. oktober 1950. Før plikttjenesten kunne innføres, ble det nedsatt et nytt utvalg som utredet de praktiske sidene ved tjenesten. Utvalget avga sin innstilling 26. februar 1952, og turnustjenesten for leger ble fastsatt ved kongelig resolusjon av 24. april 1954. Tjenesten, som omfattet ett år på sykehus og et halvt år i distrikt, ble satt i drift fra 1955.

Formålet med turnustjenesten var fra begynnelsen rent pedagogisk: Gjennom praktisk legearbeid under veiledning og oppsyn fra en erfaren kollega, skulle de unge kandidatene opparbeide nødvendig erfaring og ferdigheter til å utøve legevirksomhet på egenhånd. Først etter fullført turnustjeneste fikk de sin autorisasjon til selvstendig virke som lege.

De første årene var det vanskelig å få sykehusene og de offentlige legene til å ta imot turnuskandidater. Utover på 1960-tallet ble det imidlertid legemangel i Norge, og turnuskandidatene ble redningen for mange sykehus og legedistrikter. Det førte til en stigende misnøye blant turnuslegene, som klagde på det utdanningsmessige innholdet i tjenesten og mente at dette

bare var «kamouflert beordring». Misnøyen kulminerte i dannelsen av en egen kandidatforening i 1965. Turnuslegene var på det tidspunktet blitt så uunnværlige i helsetjenesten at sentrale myndigheter og Legeforeningen lot seg presse inn i intense forhandlinger, som førte til betydelig bedring av kandidatenes lønns- og arbeidsforhold. Det ble også nedsatt en ny turnuskomite som skulle foreslå tiltak for å bedre den utdannelsesmessige verdien av turnustjenesten. Etter anmodning fra komiteen foretok Vandvik & Jakobsen en undersøkelse som ble publisert i *Tidsskriftet* i 1970 (2). De fant store variasjoner i tjenestens innhold, og foreslo at det måtte utarbeides nærmere retningslinjer for turnustjenesten. Helsedirektoratet utarbeidet etter hvert en målbeskrivelse og retningslinjer som ble revidert flere ganger (3, 4), og i 2001 en egen turnusforskrift (5).

Etter at arbeids- og læringsforholdene for turnuslegene ble bedret, later det til å ha blitt mer politisk akseptert at turnustjenesten også ble et virkemiddel for legefordeling: Det ble opprettet flere turnusstillinger i rekrutteringssvake områder, og i flere deler av landet ble turnuslegene det viktigste rekrutteringspotensialet for videre ansettelser. Selv om fordelingen av turnusstillingene skjedde etter loddtrekning, og mange leger ble «sendt ut i distriktet mot sin vilje», valgte mange å bli der – i hvert fall for noen år (6). Rekrutteringseffekten av turnustjenesten har variert opp gjennom årtiene; avhengig av konjunktorene på legemarkedet totalt sett.

Bærekraften som forsvant

Turnustjenesten var i utgangspunktet en rettighet for søkerne, og en forutsetning for å få full autorisasjon som lege. Fra årtusenskiftet ble det utdannet stadig flere medisinerere; ikke minst norske ungdommer som studerte i utlandet. De fleste av disse ønsket turnustjeneste i Norge. Fra 1998 til 2009 ble antallet turnusstillinger i sykehusene mer enn doblet; fra 403 til 895 (7). Også en del utenlandske statsborgere søkte turnus i Norge som en inngangsport til den norske helsetjenesten. Etter hvert kunne man ikke fortsette å opprette nye turnusstillinger i takt med antallet søkere, og man måtte begynne å operere med ventelister som stadig økte. Med det store antallet norske ungdommer som nå studerte medisin i utlandet, innså man at turnusordningen ikke lenger var bærekraftig.

Samtidig ble det reist kritikk mot det «beordringssystemet» som den trekningsbaserte fordelingen medførte. Den ble stemplet som «kvinnediskriminerende» fordi det ble ansett som mer belastende for kvinnelige enn mannlige leger å måtte flytte med familie til andre deler av landet. Søknadene om særplassering av sosiale og familiære grunner økte sterkt, og turnusordningen ble stadig vanskeligere å administrere.

I 2012 ble det derfor besluttet å endre den trekningbaserte tildelingen av turnusplasser, og erstatte den med en søknadsbasert ordning, som skulle ligne mest mulig på ordinære tilsettingsprosesser i arbeidslivet: Helseforetak og kommuner skulle lyse ut stillingene i Helsedirektoratets «turnusportal» og kandidatene kunne legge inn elektroniske søknader på de stillingene de ønsket. Den første søknadsrunden ble gjennomført våren 2013. Som i andre tilsettingsprosesser skulle helseforetakene, i samarbeid med de tilknyttede kommunene, gjennomgå søknadene og plukke ut de best kvalifiserte til intervju. Det er ingen begrensning i hvor mange søknader hver kandidat kan sende inn, og mange foretak mottok langt over 700 søknader. Tilbud om stilling ble sendt ut fra alle helseforetak samtidig og med kort svarfrist. For å sikre rekrutteringen til hele landet, ble tilbud om stillinger i rekrutteringssvake områder sendt ut først, og kandidatene måtte svare før tilbud ble sendt ut fra mer sentrale sykehus og kommuner. Denne ordningen ble avvirket i 2015, da man så at det ikke var vanskelig å fylle opp stillingene også i mer perifere strøk. Det er fortsatt langt flere søkere enn stillinger, og mange må søke både to og tre ganger før de får en stilling. Selv om antall LIS1-stillinger har blitt økt de siste par årene, går til enhver tid 400–700 nyutdannede leger og venter på å komme inn i ordningen.

Den søknadsbaserte tildelingen er blitt evaluert både av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (8), og av Helsedirektoratet (9). Hovederfaringen er at mange helseforetak, til tross for den store administrative byrden ved tilsettingene, er fornøyd med ordningen: De får dyktige og motiverte leger, som de selv har plukket ut, og som er lette å rekruttere til videre spesialisering i foretaket. Så lenge det er færre stillinger enn søkere, har det ikke vært vanskelig å fylle opp stillingene i alle deler av landet. Selv Helse Finnmark har hatt over 400 søkere på sine utlysninger.

Kommunene, særlig i distriktene, er mindre fornøyde. Stillingene i kommunene er knyttet opp mot stillinger i et bestemt foretak, og det har vært en forutsetning at kommunene skulle involveres i tilsettingsprosessen. Det har i liten grad skjedd, og kommunene hevder at foretakene velger ut de kandidatene som er mest motivert for arbeid i foretaket. Mange distriktskommuner har også opplevd at kandidatene, i tråd med arbeidslivets rettigheter, sier opp stillingen i kommunen like før tiltredelse og finner seg en restplass i en mer attraktiv kommune. Legefordelings- og rekrutterings-effekten av den nye ordningen må derfor sies å ha blitt dårligere for de rekrutteringssvake kommunene.

For de unge legene selv, er erfaringene delte: På den ene siden har de større mulighet til selv å velge hvor de vil arbeide; på den annen side må de kjempe hardt for å få en stilling. Mange forteller at de allerede tidlig i stu-

diet begynner å posisjonere seg for å få en LIS1-stilling der de ønsker; ved å jobbe mye klinisk ved siden av studiet og delta i aktiviteter som blir vektlagt ved tilsetting. Studentene kan oppleve det som viktigere å «få en fot innenfor» på et sykehus, enn å konsentrere seg om selve studiet.

Det er vel knappheten på stillinger, ikke tildelingsordningen i seg selv, som skaper disse problemene. En LIS1-plass er ikke lenger noen rettighet for den enkelte lege; like lite som de senere har rett til stilling innenfor akkurat den spesialiteten de ønsker seg mest. Siden så stor andel av de nye legene utdanner seg utenfor Norge, har norske myndigheter ingen mulighet for å regulere legemarkedet gjennom antallet studieplasser som opprettes. Antall LIS1-stillinger er derfor blitt en flaskehals som regulerer hvor mange som kommer inn i spesialisering i den offentlige helsetjenesten. Antallet stillinger ble holdt konstant på 950 stillinger årlig i en del år, men i 2019 foreslo Helsedirektoratet å opprette 200 nye LIS1-stillinger (10). Etter det har man økt antall stillinger i flere omganger, og i løpet av 2023 vil målet om 1150 stillinger årlig være nådd.

Fra grunntutdanning til spesialistutdanning

Internasjonale avtaler (11) som Norge har tiltrådt, reiste utover på 2000-tallet spørsmål om vi hadde lov til å kreve turnustjeneste før kandidatene kunne få autorisasjon som lege. Samtidig ønsket vi å beholde den viktige funksjonen som turnustjenesten hadde hatt, både for legefördeling og som pedagogiske virkemiddel. Det at mange norske leger ble utdannet i utlandet, med varierende grad av klinisk erfaring i studiet, var et tilleggsargument. I tillegg til opparbeidelse av klinisk dyktighet, har profesjonalisering opp mot den norske helsetjenestens innretning og verdier vært en viktig målsetting ved turnustjenesten.

Det var derfor et sterkt ønske om å beholde de pedagogiske virkemidlene fra den gamle turnustjenesten, selv om autorisasjon som lege fra 2012 ble gitt etter avlagt eksamen som cand. med. Løsningen ble å videreføre mange av elementene fra turnustjenesten over i den nye spesialistutdanningen som var under planlegging og ble innført i 2016. Tanken var å etablere en felles basisopplæring som var obligatorisk for å komme videre i alle spesialiseringssløp – Leger i spesialisering, del 1. LIS1 var født.

Den nye spesialistutdanningen (12, 13) er innrettet mot den *kompetansen* som legen skal oppnå, mer enn mot tjenestetid på forskjellige avdelinger og gjennomføring av bestemte kurs og andre læringsaktiviteter. Det er en minstetid for utdanningen (seks og et halvt år inkl. LIS1), men det er oppnådde *læringsmål* som bestemmer når man kan godkjennes som spesialist. Det er slutt på grenspesialiteter, men de kirurgiske og indremedisinske

spesialitetene har hver sin felles del 2 (etter LIS1) før de tar fatt på LIS3 som er unik for hver spesialitet.

I den nye spesialistutdanningen har *arbeidsgiver* fått en sterkere rolle enn tidligere. For å bli godkjent som utdanningsvirksomhet i en bestemt spesialitet, må helseforetaket (eller kommunen) legge fram en plan for utdanningsstillingene og hvordan læringsmålene skal kunne oppnås. Det er legens linjeleder som, etter å ha innhentet uttalelse fra veileder og supervisorer, skal attestere at læringsmålene er oppfylt. Det er etablert en egen digital «kompetanseportal» der alle læringsmål og læringsaktiviteter skal loggføres, og der kandidatens progresjon kan følges og den endelige godkjenningen til slutt kan gis.

Den nye LIS1-tjenesten er bygget over samme lest som den gamle turnustjenesten: Ett år i sykehus etterfulgt av et halvt år i kommunehelsetjenesten. Legen skal arbeide under veiledning og supervisjon av erfarne kolleger, med økende grad av selvstendighet etter hvert som kompetansen øker. Opplæringen struktureres etter de samme prinsipper som resten av spesialistutdanningen: Kravene til veiledning og supervisjon er utvidet og formalisert, og det er fastsatt en rekke *læringsmål* (14) som kandidaten skal oppnå i løpet av tjenesten: 85 *kliniske læringsmål*, (101 for de kandidatene som også har tjeneste i psykiatrien) som omfatter både klinisk arbeidsmåte og en rekke kliniske tilstander som alle leger bør kunne håndtere. I tillegg kommer 50 *felles kompetansemål* som omhandler kommunikasjon og samhandling, etikk og lovverk, kvalitet og pasientsikkerhet, kunnskapshåndtering og pasientmedvirkning mm.

Oppsummering

Mye har forandret seg siden turnustjenesten ble innført i 1955, men de grunnleggende utfordringene rundt overgangen fra student til selvstendig profesjonsutøver er langt på vei de samme. Denne profesjonaliseringsfasen har gått fra å være avslutningen på grunnutdanningen til å bli begynnelsen på spesialistutdanningen, og kravene til hva kandidatene skal tilegne seg av kunnskaper, ferdigheter og holdninger er mer eksplisitte.

Turnustjenesten har opp gjennom årtiene vært et viktig virkemiddel for legefordeling, og dermed bidratt til at Norge har kunnet opprettholde en så desentralisert helsetjeneste. Så lenge det er færre LIS1-stillinger enn søkere, ser denne effekten ut til å holde seg for spesialisthelsetjenestens vedkommende. Men distriktkommunene har ikke de virkemidlene de trenger for å sikre stabil tilgang på LIS1 i den søknadsbaserte ordningen. Det er med på å forsterke allmennlegekrise i distriktene.

Litteratur

1. Forhandlingerne på det 14. lægelandsmøte 1911, foreløpig referat. *Tidsskr Nor Legeforen* 1911; 31: 828–833.
2. Vandvik B, Jakobsen A. Turnustjenesten og turnuskandidatene fra et utdanningsmessig synspunkt. *Tidsskr Nor Legeforen* 1970; 90: 1318–51.
3. Helsedirektoratet. *Turnustjeneste for medisinske kandidater*. IK-27/89. Oslo: Helsedirektoratet, 1989.
4. Statens helsetilsyn. *Turnustjenesten for leger*. IK-17/98. Oslo: Statens helsetilsyn, 1998.
5. *Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for leger ved loddtrekning*. FOR 2001–12–20 nr 1549. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-20-1549> 12.1.2022
6. Straume K, Shaw DMP. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? *Rural and Remote Health* 2010; 10: 1366–75.
7. Helsedirektoratet. *Nybyrjarstilling for legar*. IS-1783/2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
8. Abelsen B, Gaski M. *Ny turnustjeneste for leger*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2017.
9. Helsedirektoratet. *Spesialistutdanning for leger, LIS1*. IS-3002/2021. Oslo: Helsedirektoratet, 2021.
10. Helsedirektoratet. *Foreslår opprettelse av 200 nye LIS1-stillinger* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet, 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/foreslar-opprettelse-av-200-nye-lis1-stillinger> 12.1.2022
11. *EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv 2005/36/EF*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:02005L0036-20211210&qid=1642100593738&from=DA> 12.1.2022
12. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
13. Arntzen E, Samset PM. Spesialistutdanningen for leger – tydelig ansvar, bedre kvalitet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2016; 136: 898–9. doi: 10.4045/tidsskr.16.0402
14. Helsedirektoratet. LIS1 – Læringsmål <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/lis1/lis1-laeringsmal> 12.1.2022

Karin Straume
karin.straume@helsedir.no
Helsedirektoratet
Postboks 220, Skøyen
0213 Oslo

Karin Straume er fagdirektør i Helsedirektoratet.

Utdanning i bærekraft i medisinstudiet

Michael 2022; 19; 58–61.

Vi inviterer studenter og helsepersonell til å være med å lage undervisning i legeutdanningen om bærekraftige beslutninger i helsetjenesten.

Legeutdanningen skal sikre at vi «forsyner» både spesialist- og kommunehelsetjenesten med fremtidsorienterte, reflekterte og handlingskompetente leger. Kommunehelsetjenesten er et komplisert arbeidsområde hvor politikk, økonomi, pasientenes og befolkningens ønsker og legens fagkyndighet kommer i spill og legger premisser for kliniske beslutninger. Gode helsebeslutninger kan kun fattes i tverrfaglige team der helsemessige, økonomiske og sosiale forhold tas i betraktning. Fremtidens leger trenger forståelse for at god helse skapes langt utenfor helsesektoren. Helse henger blant annet sammen med gode oppvekstvilkår for barn og unge, ren luft, kosthold, levevaner, demografi, og fattigdom.

Samtidig har det blitt tydeligere hvor omfattende og komplekse kostnadene ved å innfri helsebehov kan være, ikke bare økonomisk, men også samfunnsmessig, miljømessig, etisk, og hvor avgjørende det er at konsekvenser av dagens beslutninger kan bæres både av dagens og framtidens samfunn og befolkning. Bærekraftprinsippet ble fremhevet allerede i 1987 av Brundtland-kommisjonen, som fikk navn etter sin leder Gro Harlem Brundtland. Dagens forbruksbehov må imøtekommes uten at det handles slik at vi forringer mulighetene for kommende generasjoner til å få dekket sine behov. I 2015 vedtok FN 17 bærekraftmål som medlemslandene skal arbeide for i tiden fram til 2030 (Sustainable Development Goals – SDG) (1).

I en kommentarartikkel i *Nature Medicine* argumenterer Ole Petter Ottersen og Eivind Engebretsen for at «With health as a lens, it is apparent how the myriad targets incorporated into the SDGs are interlinked and interdependent» (2).

Hva er bærekraftige helsebeslutninger?

Prinsipielt er en bærekraftig helsebeslutning en kunnskapsbasert beslutning som er forankret i prinsipper og verdier som går på tvers av bærekraftmålene. Det er en beslutning som tar hensyn til fremtidens ressurser og behov, og som er basert på vurderinger av sammensatte – ofte motsetningsfylte – hensyn. Beslutningene har ofte betydning langt ut over egen sektor. Det kan være en beslutning om helse spørsmål som har konsekvenser for bærekraft i andre samfunnssektorer, og det kan være beslutninger i andre sektorer som har betydning for en bærekraftig utvikling av helsetjenester og folkehelse – både lokalt og globalt. Det er dessuten en beslutning som etterlever FNs Agenda 2030 som poengterer at alle skal med og ingen skal utelates – «leave no one behind».

Senter for bærekraftig helseutdanning

Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo åpnet i 2020 Norges første Senter for fremragende utdanning innenfor det medisinske og helsefaglige området. Senterets navn er «Senter for bærekraftig helseutdanning» og forkortes SHE (Sustainable Healthcare Education) (<https://www.med.uio.no/she/>).

Ordningen med sentre for fremragende utdanning (SFU) ble etablert i 2010 etter mønster fra ordningene med senter for fremragende forskning og senter for forskningsdrevet innovasjon. Formålet med ordningen er å bidra til fremragende kvalitet og nyskapende utdanningspraksis gjennom forskningsbasert studieutvikling, nasjonalt og internasjonalt samarbeid inkludert spredning av kunnskap. Ordningen forvaltes av Direktoratet for internasjonalisering og kvalitetsutvikling i høyere utdanning (Diku – nå HKdir).

SHE er et tiårsprosjekt med fokus på implementeringen av FNs bærekraftsmål i medisin og helseutdanninger. SHE vil bidra til å utvikle kompetanse hos fremtidig helsepersonell til å ta kunnskapsbaserte bærekraftige beslutninger. Kunnskapsbasert medisin (KBM) har vært den dominerende kunnskapspolitikken siden 1990-tallet. En sentral ide i SHE er å utvikle en utvidet KBM-modell hvor bærekraft innarbeides som et premiss for kliniske beslutninger. Vi verken kan eller vil presentere studentene for en ferdig definisjon av bærekraftige valg. Vi ønsker å ta studentene med på å definere prinsippene for bærekraftige helsebeslutninger og synliggjøre eksemplariske situasjoner hvor motsetningsfylte premisser preger legens beslutninger.

SHE vil bygge sin pedagogikk på prinsipper vi mener legger et godt grunnlag for å ta kloke og langsiktige valg i samsvar med bærekraftmålene. I dette arbeidet bygger vi på en modell som er utviklet av UNESCO. Modellen trekker frem viktige nøkkelkompetanser for å realisere bærekraftmålene.

SHE har som mål å oversette og tilpasse disse kompetanseområdene til helsefaglige beslutninger og utdanning av fremtidig helseprofesjonelle. Sentrale kompetanseområder er:

- Systemtenkning: Evne til å analysere sammenhenger mellom sykdom/helse og miljø, økonomi og sosiale forhold.
- Fremtidstenkning: Evne til å analysere potensielle fremtidige konsekvenser av nåtidige handlinger, for eksempel risiko ved overforbruk av antibiotika.
- Normativ tenkning: Evne til å foreta vanskelige moralske valg og prioriteringer.
- Strategisk tenkning: Evne til å avveie hensyn eksempelvis knyttet til sykehusutbygging og lokaliseringsspørsmål og evne til å veilede og lede andre på reflekterende og tillitsbaserte måter.
- Samarbeid: Evne til å arbeide i team på tvers av fag og i fellesskap med pasienter og pårørende.
- Kritisk tenkning: Evne til kritisk analyse som forutsetning for å kunne ta kloke beslutninger. Dette inkluderer kompetanse til å analysere innebygde motsetninger i selve bærekraftbegrepet.
- Selv-refleksjon: Dette dreier seg om selvinnsikt med tanke på egne muligheter, utvikling og begrensninger samt rolleforståelse.

Vårt utgangspunkt er at disse kompetansene til sammen kan danne et solid grunnlag for å fatte bærekraftige helsebeslutninger på ulike nivåer i helse-tjenesten.

Vi ønsker å introdusere våre studenter til disse kompetansene og øve de i å bruke kompetansene på beslutninger knyttet til helse og helsetjenester. Fordi slike beslutninger krever godt analytisk forarbeid og innebærer komplekse vurderinger som oftest uten entydige svar, vil vi bygge undervisningen som en kombinasjon av kortfattet teori etterfulgt av en hovedvekt på arbeid med kasuistikker. Til det trenger vi virkelighetsnære, relevante, gode eksempler fra helsesektoren – gjerne på lokalt – kommunalt – nivå som illustrerer dilemmaer som beslutningstakerne må håndtere.

Eksempler

Et eksempel kunne være problemstillinger og vurderinger knyttet til utbygging og organisering av eldreomsorg; hvor både forhold knyttet til demografi, kommuneøkonomi, regional organisering, tilgang på arbeidskraft, frivillighetsarbeid med mer kunne komme i betraktning.

Andre eksempler kan være forvaltning av antibiotikabruk som sikrer at vi har behandling mot infeksjoner også i fremtiden, utvikling av omsorgs-

tjenester og egenomsorg for et økende antall pasienter med kroniske sykdommer, forebygging av og forberedelse til endret sykdomspanorama som følge av klimaendringer.

Invitasjon

Vi inviterer studenter og helsepersonell til å dele sine eksempler, betraktninger og erfaringer med oss for å lage god utdanning som kan gjøre våre studenter til aktive bidragsytere for en bærekraftig utvikling i de samfunnene de skal virke i.

Ta kontakt med Per Grøttum (per@medisin.uio.no) eller Kristin Heggen (k.m.heggen@medisin.uio.no)

Litteratur

1. United Nations. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations. 2015. <https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf> 20.1.2022
2. Ottersen OP, Engebretsen E. COVID-19 puts the Sustainable Development Goals center stage. *Nat Med* 2020; 26: 1672–73. doi:10.1038/s41591-020-1094-y 20.1.2022

Per Grøttum
per@medisin.uio.no
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo
Boks 1078 Blindern
0316 Oslo

Eivind Engebretsen
eivind.engebretsen@medisin.uio.no
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo
Boks 1078 Blindern
0316 Oslo

Per Grøttum er professor i medisinsk informatikk.

Eivind Engebretsen er visedekan for bachelor-, master- og postdoktorprogrammer og styreleder ved SHE.

Kristin Heggen
k.m.heggen@medisin.uio.no
Det medisinske fakultet,
Universitetet i Oslo
Boks 1078 Blindern
0316 Oslo

Kristin Heggen er professor i helsefag og daglig leder av SHE.

Medisinstudium eller legeskole – et evig dilemma

Michael 2022; 19: 62–6.

Legeutdanning må omfatte både teori og praksis. Men hva er den optimale balansen? Er det forventningene til legen som gjør det vanskelig å finne denne balansen?

Da jeg i sin tid ble spurt om jeg kunne ta på meg oppgaven å skrive historien til Det medisinske fakultet i Oslo ved 200-års-jubileet i 2014, sa jeg ja til det og grov meg ned i stoffet. Arbeidet som fulgte bekreftet og utdypet for meg at det her var to hundre år med et evig dilemma mellom å drive en doktorskole og et akademisk medisinstudium. Boka heter da også *Doktorskole og medisinstudium* (1). Dette dilemmaet er der etter mitt skjønnt fortsatt, og man har neppe funnet den optimale balansen.

Et akademisk medisinstudium har to hovedoppgaver. Det skal for det første gi studentene en kunnskapsmessig bakgrunn av fakta og forståelse. Fakultetenes faglige oppbygging gjenspeiler dette. Fagsammensetning, personell og ressurser er som regel grundig gjennomtenkt og et resultat av atskillige avveininger og dragkamper om hva og hvor mye som skal være med i undervisningen; hva medisin ved fakultetet skal være.

For det andre skal medisinstudiet være en legeskole. Det skal sosialisere studentene inn i yrkesrollen *lege*. De skal internalisere ferdigheter for det praktiske liv, for arbeidet som lege. Studentene skal også erverve holdninger som gjør medisinstudiet noe annerledes enn andre akademiske studier, blant annet *handlingsimperativet*. Det er ikke nok å ha kunnskaper om hvordan ting er og fungerer. Man forventes også å bruke kunnskapene til å gjøre noe, her og nå, med det som man har lært er galt.

Vi har altså et akademisk studium som skiller seg uvesentlig fra andre akademiske studieløp, men som samtidig skal være en yrkesskole. Medisinstudier, så å si over alt i verden, er slike hybridopplegg, og har vært det lenge.

For Norges vedkommende har det nåværende studietilbudet sin profil helt fra da Det kongelige kirurgiske akademi ble opprettet i København i 1785. Sprenglærde universitetsmedisinere og ofte ekvilibristisk dyktige, men håndverksutdannede kirurger med lite eller ingen teoretisk bakgrunn ble fra da av *akademiske praktikere*. Det er ingen tvil om at det var et klokt kompromiss.

Legeroller og legeoppgaver – forventninger som styrer

Spør hvem som helst hva en lege er. Sjansene er store for at de fleste svarer at en lege er en akademisk utdannet person som helbreder syke. Det norske akademis ordbok pr. januar 2022 definerer da også en lege som en «person som er (vitenskapelig) utdannet til å helbrede syke, især med medisinsk embetseksamen og offentlig autorisasjon»¹. Studenter, leger og befolkningen ellers har altså en dominerende forventning til hva en lege skal være, hva en lege skal gjøre, hvilken *rolle* en lege skal ha. Kanskje er denne allmenne *forventningen* en av årsakene til at balansen mellom teori og praksis ofte skurrer, simpelthen fordi forventningen ikke stemmer med virkeligheten? Et legestudium utvikler mye mer enn en *behandler* og kvalifiserer også for andre roller vi har bruk for. Men rollen som den behandlende legen er den som syns best.

Til rollen som *trøster og hjelper* får studentene også kompetanse. Legen som kan roe ned og støtte opp i situasjoner der det kanskje ikke er så mye av effektiv kur å tilby. Det den gode lege her gjør, må kunne kalles *legekunst*, selv om Det norske akademis ordbok også setter denne funksjonen i bås og definerer ordet som «kunsten å helbrede».

Leger med norsk autorisasjon har dessuten en funksjon som *forvalter* på vegne av det offentlige. Hver gang det skrives en sykmelding, en blåresept eller en uføretrygdsøknad, er legen en portåpner for en økonomisk omfordeling av stort omfang. Som bakgrunn for å være samfunnets forlengede arm fordres egentlig gode kunnskaper om hvordan samfunnet fungerer, både i tid og rom, dvs. *samfunnskompetanse*. Dette er basalkunnskaper som ligger lavt i forventningene til legeryrket, fordi forvalterrollen syns dårlig.

Koronapandemien har brakt en tidligere meget aktet legerolle fram i lyset – legen som har kompetanse i å håndtere sykdom og folkehelse på *gruppenivå*. Samfunnsengasjerte medisinere har vi hatt lenge. Fram til Den annen verdenskrig var faktisk grupperettede medisinske tiltak noe av det i medisinen som hadde størst effekt på folkehelsen. Men i de senere generasjoners legeutdanning har forebyggende medisin, særlig i form av eldre tiders

1 www.naob.no. Definisjonen er neppe god, men man merker seg at den ved å ta med det innskutte «(vitenskapelig)» skiller legen fra andre som har opplæring i å helbrede syke.

distriktslegers domene og helseforvaltningens virkefelt, blitt tonet ned i den alminnelige *forventning* til hva som er en leges arbeidsområde. Smittsomme sykdommer er for eksempel ikke forsvunnet. Det har vi lært på ny.

Veien fram til velferdssamfunnet har ikke bare vært en sosial og økonomisk opptur, men også en triumf i det stille for forebyggende medisin. I en teoretisk basert og bredt forankret samfunnsmedisinsk innsats overfor samfunnet består suksessen i at intet galt skjer. Slike til daglig usynlige resultater syns dårlig i det store bildet, i det minste før det er gått en tid. Derfor er historien lærerik.

Forventningene til legen styrer ikke bare studiet. De styrer mye annet, fra hvem som bestemmer seg for å studere medisin og helt til hvordan helsevesenet bygges opp.

Studentene og de pedagogiske prinsippers paradoks

Hvis man spør lærere i de mange medisinske fagene om hva og hvor mye de synes unge leger bør ha satt seg inn i fra deres fag, vil summen av stoff langt overstige det som det er mulig å få med. Lærere og fakultet må forhandle for å lage en studieplan med rimelig stoffmengde og fagbalanse.

Dagens studenter som også skal ha tid til ekstrajobb på sykehus, til å hente barn i barnehagen og til å ha et sosialt liv, har kanskje mindre tid til å studere enn forfedrene som satt i ensomhet på enkle hybler med fingrene i ørene og leste. For dem var det viktigst å bruke tiden til å få med seg mest mulig. Helt fram til etterkrigstidens sykehusutbygging var det sjelden noe studentvikariat å få. Det nærmeste man kom, var kanskje å hospitere ulønnet for å lære. For mange bar det rett ut som privatpraktiserende lege umiddelbart etter studiet. Vår tids medisinere har også mye de skal lære, trolig mer. Da har vegring mot mer lærestoff vært en vei å velge. Slike krav er også blitt fulgt opp av enkelte lærere som er særlig lydhøre for studentenes ønsker. Ofte har da praktiske emner fortrenget bakgrunnsstoffet.

For å løse slike problemer har man paradoksalt nok mange ganger trukket inn pedagogiske prinsipper som hørtes tilforlatelige ut i første omgang, men som enten var dårlig funderte eller som slett ikke passet til medisinske fag, især ikke de teoretiske. Motsetningene mellom teoretisk bakgrunnskap og praktiske ferdigheter er lett blitt aksentuert ved det man trodde skulle være studieforbedringer.

Et slags pedagogisk aksiom, uten overbevisende begrunnelse, har f.eks. lenge vært at *forelesninger* er en antikvert form for kunnskapsformidling. Hvordan *vet* man at det ikke for enkelte fag kan være meget effektivt å ha en forelesningsserie som avgrenser stoffet, drøfter hovedpunktene og poengterer for studentene i plenum hva som er viktig?

Et aksiom er det også at å bruke *lærebøker* er utdatert, fordi det blir så mye unødvendig å lese. Det glemmes at en lærebok gir faget rammer, noe et virvar av artikler og powerpointutskrifter uten kontekst aldri kan gi.

Et aksiom er gjerne at *tverrfaglig undervisning* alltid har store fordeler. Mot dette kan innvendes at for mange temaer er det nødvendig at studentene faktisk *har bakgrunn* i de ulike fagene som skal møtes i tverrfaglighet. At de får aha-opplevelser når de ser ting de kan fra før i sammenheng. Dere av mine lesere som er leger: Tenk på den gang vi lærte anatomen systematisk, om blodårer, nerver, muskler og sener. Men vi skjønnte først ordentlig hva vi så da vi dissekerte eller så alt i sammenheng på obduksjonssalen, fordi vi hadde lest om de enkelte strukturene på forhånd.

Et aksiom går på det fordelaktige i å bruke *problemløsning* som utgangsprinsipp. Store og omdiskuterte reformer, som f.eks. innføringen av studieplanen «Oslo-96», gjorde dette. Men består livet bare av problemer som kommer i kø etter hverandre for å bli løst? Hvordan skal studenter med denne forventningen til eget virke få oversikt og kompetanse i å hindre at problemene oppstår? På gruppenivå og samfunnsnivå? Eller se sammenhengen mellom problemene?

Organiseringen av norsk helsetjeneste både formes av og støtter praksisorienteringen i legeutdanningen. Dette er helt logisk. Det er et tilstrekkelig antall leger med tilstrekkelig kompetanse samfunnet trenger. Men denne kompetansen inkluderer teoretisk bakgrunn og samfunnsforståelse på akademisk nivå. Dette må ikke komme i klemme ved studierevisjoner. Det må komme inn i de alminnelige *forventningene* til legen at vedkommende også har andre kunnskaper enn de som ligger bakom det å behandle.

Gjennom de siste årtiene har vi sett hvordan det blir flere og flere ikke-medisinere i både medisinsk forskning og i helseforvaltningen. Er det hensiktsmessig? Den dominerende forventningen til legerollen som behandler kan egentlig virke ekskluderende.

Utviklingen videre

Det er etter mitt skjønne synd at Det norske akademis definisjon av en lege er som den er. Den sementerer rollen av *en lege som en behandlende lege* og gir ingen åpning for at rollen rommer mye mer. Definisjonen lar seg imidlertid forandre. Ordboken er bare en ordbok som viser hvordan ord brukes.

Det er mer synd at samfunnets og de fleste implisertes *forventninger* til hva en lege er, stemmer så godt med ordbokens definisjon. Forventningene er det vanskeligere å gjøre noe med. Men det går an å prøve.

Litteratur

1. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814-2014). *Michael* 2014; 14: Supplement 15.

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Politikk er å ville

Michael 2022; 19: 67.

For ett år siden annonserte vi at bokanmeldelser skulle få større plass i *Michael* (1). Hvordan har det gått? Nyttårsopptellingen viser fine tall: I 2021 publiserte vi 40 anmeldelser av 49 bøker. Omtrent ti anmeldelser per nummer er antakelig et passende omfang. Så også i denne utgaven, der *Michael* bringer ti omtaler av 12 bøker.

Tre av bøkene har en fellesnevner. De setter søkelyset på sosiale ulikheter i helse. Vi hører stadig at forskjellene i Norge øker, og koronapandemien har antakelig bidratt ytterligere. Disse helseforskjellene er sosialt skapt og mulig å gjøre noe med. Som helsepersonell har vi et ansvar, men politikerne ansvar er større. *Politik är att vilja* var tittelen på en bok av Olof Palme (1927–86) i 1968 (2). Hvor mye vil vi?

Michael er et tidsskrift for helsepolitikk, samfunnsmedisin, medisinsk historie og medisinsk humaniora. Denne profilen ønsker vi skal avspeiles også i bøkene som anmeldes. Vi hører gjerne fra dere. Ta kontakt med oss på michael@dnms.no med tips om aktuelle bøker.

Litteratur

1. Hem E. Anmelderi. *Michael* 2021; 18: 91.
2. Gundersen D, Evensberget S. *Bevingede ord*. 4. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2006: 404.

Erlend Hem
erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er professor ved Universitetet i Oslo, instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet og redaktør i Michael.

Gjensyn med de sosiale ulikhetene

Knut Halvorsen, Steinar Stjernø
Økonomisk og sosial ulikhet i Norge
Oslo: Universitetsforlaget, 2021
198 s.
ISBN 9788215041537

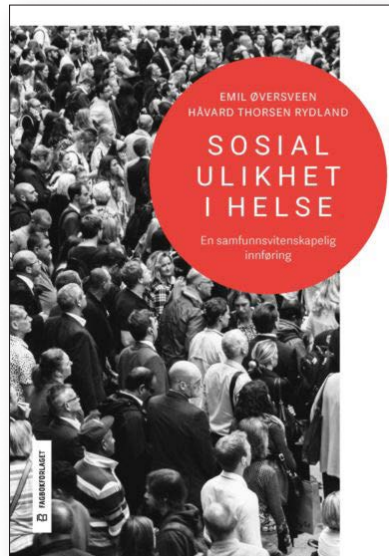
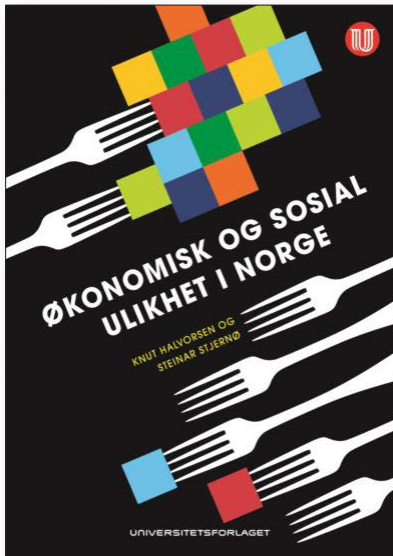
Emil Øversveen, Håvard Thorsen Rydland
Sosial ulikhet i helse: en samfunnsvitenskapelig innføring
Bergen: Fagbokforlaget, 2021
212 s.
ISBN 9788245034622

Michael 2022; 19: 68–71.

Det er nærliggende å beskrive disse to bøkene som nettopp et gjensyn. For under de siste to stortingsperiodene har vi ikke hørt mye bekymringer om de sosiale og økonomiske ulikhetene, selv om vi tidvis leser oppslag om at de er sterkt økende. Derfor kan det være på høy tid at noen tar fatt i disse sakene igjen, og minner oss om at vi her til lands en gang hadde et langt mer optimistisk syn på hva som burde og kunne gjøres for å redusere slike ulikheter, ikke minst ulikheter i helse.

En nasjonal strategi

Vi må tilbake til året 2007, da regjeringen med Sylvia Brustad som helseminister presenterte stortingsmeldingen *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* (1), med en markant åpning på innledningskapitlet, *Rettferdig fordeling er god helsepolitikk*. Tonen i stortingsmeldingen var gjennomgående optimistisk – det lå liksom i luften at nå, når også den nye regjeringen og



helseministeren hadde latt seg bevege til en slik optimistisk satsing, da skulle det sannelig også skje noe med den saken.

Og det gjorde det også – gjennom mange år. Det var opprettet et *Fagråd for sosial ulikhet i helse* allerede i 2005, og jeg hadde gleden av å være leder for denne forsamlingen av dedikerte og høyt kvalifiserte ulikhetsforskere fra mange fagdisipliner gjennom ti år. Entusiasmen for saken var høy, og i løpet av få år hadde mange medlemmer av fagrådet bidratt til publisering av en rekke hefter i det som ble hetende *den gule serie*, som utdypet og populariserte ulike sider ved sosial ulikhet. Først og fremst en handlingsplan med tittel *Gradientutfordringen*, som konkretiserte målene i stortingsmeldingen (2). Og som noen av forfatterne av de to anmeldte bøkene også har observert – at optimismen var preget og inspirert av vår britiske kollega sir Michael Marmot, som fagrådet hadde tett kontakt med (jeg noterte at en av forfatterne beskrev den norske strategien som sterkt *marmotisert*). Videre i den gule serien kom det hefter om betydning av ulikheter for utdanning, for arbeidslivet, for boligsektoren, om betydningen av tillit og sosial kapital, og om betydningen for helse og for bruk av helsetjenester.

Grundige og gode

De to aktuelle bøkene er altså en løfterik melding om at temaet slett ikke er glemt, og at de økende forskjellene mellom rike og fattige, eller *ulikhetsgradienten* som Marmot ville sagt, stadig er på dagsordenen. Bøkene er på sett og vis heller ikke så ulike. De har den samme ambisjonen, de dekker

det samme saksfeltet, og de har tilnærmet samme sideantall. Til og med litteraturlisten er av omtrent samme omfang – lang hos begge – henholdsvis på 21 og 27 sider. Det er altså grundige og godt dokumenterte framstillinger vi får servert i begge bøkene. Et lite pluss vil jeg gi til Halvorsen & Stjernø, som i tillegg til litteraturlisten har utstyrt boka med over 200 løpende fotnoter, som utdyper, forklarer begreper og gir litt mer bakgrunn for teksten.

Halvorsen & Stjernøs bok har allerede i innledningen en melding om at forfatterne har et normativt utgangspunkt: at et samfunn med relativt jevn fordeling av økonomiske og sosiale goder er et bedre samfunn enn der goder og byrder er systematisk skjevfordelt. Dette perspektivet gjennomsyrrer mye av det de skriver. Litt mindre tydelig er dette hos Øversveen & Rydland, som inntar en mer deskriptiv posisjon i gjennomgangen av saksfeltet. Det kan selvsagt ha sammenheng med det de skriver i innledningen, at boka deres vokste ut av et mastergradskurs om sosial ulikhet og helse ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU. Begge forfatterne hadde skrevet sine doktoravhandlinger med sosial ulikhet i helse som overordnet tema, og dette gjenspeiles trolig i det noe mer distanserte og verdinøytrale perspektivet de anlegger.

Det nordiske paradoks

I begge bøkene henvises det til en markant hendelse som på et vis vekket den norske opinionen til temaet ulikhet, en artikkel i det prestisjetunge tidsskriftet *The Lancet* i 1997, med nederlenderen Johan P. Mackenbach som førsteforfatter (3). Artikkelen omhandlet sosiale ulikheter i flere europeiske land, også ulikheter i *selvrapportert helse* blant menn og kvinner. For oss i Norge, som var vant til å tenke på oss som et sosialdemokratisk likhets-samfunn, var det høyst overraskende å lese at vi ble rangert på topp i selvrapportert ulikhet i helse blant menn, og også fjerde høyest i ulikhet blant kvinner.

Et betydelig ubehag bredte seg blant mange av oss som var faglig engasjert i disse sakene, og et eget stormøte ble arrangert i regi av Helsedirektoratet for å søke svar på dette, som allerede da var blitt omtalt som *det nordiske paradoks*. Et lignende mønster kunne også observeres i de andre nordiske landene. Noe av forskjellene ble forklart, dels ved at det «bare» dreide seg om subjektive og egenrapporterte mål, dels ved at det var relative og ikke absolutte størrelser som ble angitt i grafene. Men uroen bestod, og var nok en indirekte foranledning til at norske ulikhetsforskere våknet og ga et ekstra puff til den prosessen som avfødte stortingsmeldingen i 2007 (1).

Halvorsen & Stjernøs bok inneholder også et løfterikt kapittel om hva som kan gjøres – hvilke tiltak som kan bidra til å dempe, eller i beste fall reversere de økonomiske ulikhetene, som altså er så sterkt tiltagende, og er blitt ytterligere forsterket gjennom koronapandemien. Vi får ikke noen enkle eller entydige svar, men en lang drøfting av mulige virkemidler som på ulikt vis kan bidra til omfordeling mellom fattige og rike. Det er litt som å høre gjenklangen av regjeringsforhandlingene nylig, der slagord om å bekjempe de sosiale forskjellene og tiltak for å møte klimakrisen var sterkt framme. I begge bøkene omtales både de sosiale ulikhetene og klimakrisen som en voksende trussel mot den bestående samfunnsorden.

Konklusjon

De to bøkene har begge et klart og tydelig språk, og de dekker som sagt det samme saksfeltet. Hos Øversveen & Rydland kan man tidvis se en slags overpedagogisk tendens, med hyppige annonseringer av hva som kommer i hvert kapittel og oppsummeringer av hva man har lest. Det er selvsagt en smakssak, men denne leseren opplever at det svekker flyten i teksten.

Begge bøkene angis som velegnet som pensum ved universiteter og høyskoler, både for sosiologi og samfunnsvitenskapelige fag, helse- og omsorgsfag og medisinske studier, og egentlig for alle med interesse for forholdet mellom samfunn, ulikhet og helse. Kort sagt, de har begge et opplagt samfunnsmedisinsk perspektiv.

Litteratur

1. St.meld. nr. 20 (2006–2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. [St.meld. nr. 20 \(2006-2007\) - regjeringen.no](#) (4.10.2021).
2. Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
3. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *Lancet* 1997; 349: 1655–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)07226-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)07226-1)

Steinar Westin

steinar.westin@ntnu.no

Steinar Westin er professor emeritus i sosialmedisin ved NTNU i Trondheim.

Ulikhet i norsk virkelighet

Sigmund Grønmo, Ann Nilsen, Karen Christensen, red.

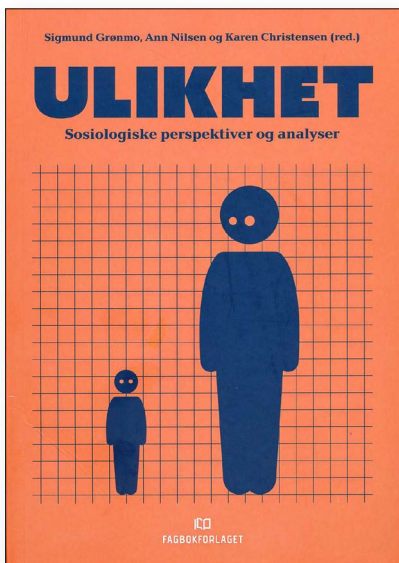
Ulikhet – sosiologiske perspektiver og analyser

Bergen: Fagbokforlaget 2021

388 s.

ISBN 978-82-450-3476-9

Michael 2022; 19: 72–4.



I sosiologimiljøet i Bergen har man hatt ulikhet i samfunnet som et hovedtema for sin forskning gjennom mange tiår. Denne boka er en antologi, i hovedsak basert på forfatterens egen forskning om ulikhet i dagens Norge.

Boka er redigert av sosiologiprofessorene Sigmund Grønmo (f. 1947), Ann Nilsen (f. 1955) og Karen Christensen (f. 1959) ved Universitetet i Bergen. Redaktørene har selv skrevet en omfattende historisk og teoretisk innledning. Den drøfter blant annet hva ulikhet egentlig er og andre grunnleggende spørsmål.

Vi regner Norge som et egalitært samfunn, bygd på prinsippene fra den franske revolusjon om frihet, likhet og brorskap – brorskap forstått som samhandling til felles beste. Dette er høye idealer, men ambisjonene om å nå dem må balanse-

ses, hvis de ikke skal komme for mye i motstrid med hverandre. *Ulikhet*, systematiske skjevfordelinger, blir ofte drøftet i lys av verdier som rettferdighet, effektivitet og frihet, og ulikhet er av de fleste regnet som uønsket. Men ulikhet er ikke alltid urettferdig. Likhet er ikke alltid effektivt og kan

kollidere med idealet om frihet. Full frihet til å gjøre som man vil, slik at *markedets usynlige hånd* får virke uhemmet, slik Adam Smith (1723–90) mente, kan nok være resultateffektivt, men støter ofte mot både likhet og hensyn til felles beste.

Derfor er det mange innfallsvinkler til ulikhetsproblematikken. Ettersom avgjørelser på forskjellige nivåer gjerne skjer på et grunnlag der både kunnskaper, verdier og meninger veier tungt, er det duket for forskjellige sosiologiske tolkninger av kunnskapene om verden rundt oss. Ulike verdinormer kommer inn, og da er man straks over i politiske meninger. Slike skjær i sjøen er godt framstilt i boka. Det velstrukturerte innledningskapitlet er meget leseverdig og tjener som en slags bruksanvisning til de følgende kapitlene og gjør dem derfor enda mer interessante.

Her er oppdatert kunnskap, basert på egen forskning, fra en rekke samfunnsområder. Odd Gåsdal tar opp økonomisk ulikhet i Norge, Hans-Tore Hansen skriver om fattigdom, Trygve Gulbrandsen drøfter elitebegrepet, Knud Knudsen utdanning og ulikhet, Ann Nilsen behandler klasse, kjønn og sosial mobilitet, fulgt av Bente Rasmussen med det nær beslektede temaet kjønn og ulikhet.

Karen Christensen og Kari Wærness skriver om alderdom og ulikhet, et tema som får økende aktualitet ettersom den eldre delen av befolkningen både blir større og mer aktiv enn tidligere. Enker er for eksempel en økende gruppe.

Lise Widding Isaksen og Mariya Bikova har sett på omsorgspraksiser og ulikhet i forbindelse med au pair-ordninger, et tema som også har dukket opp i internasjonal demografisk litteratur i det siste. Liv Johanne Syltevik skriver om familie og ulikhet. Familiebegrepet har gjennom de siste generasjonene vært gjennom større endringer enn vi kanskje tenker på til daglig.

Trond Løyning behandler sosiale nettverk og ulikhet, og Ivar Eimhjellen frivillighetssektoren i relasjon til sosial klasse og ulikhet. Jon Rogstad har et kapittel om innvandrere og ulikhet, og Vegard Jarness skriver om kulturell ulikhet og klasse.

Selv leste jeg denne boka med stor interesse og begeistring ut fra mitt virke som universitetslærer innenfor medisinsk historie og samfunnsmedisin gjennom et langt liv. For eksempel i 1970-årene ga den medisinske studieplanen, i hvert fall i Oslo, større plass til å gå mer i dybden med teoretisk stoff. Og det gjorde vi. I medisinhistorieundervisningen inngikk emner som er omtalt i denne boka, og det var seminarer med nærlesing av noen av de originaltekstene som også er nevnt i *Ulikhet*. Jeg tror studentene hadde glede og nytte av det.

Men den gang hadde vi ikke noen slik bok, blant annet fordi norsk sosiologi ikke var kommet så langt. Denne nye boka gis herved en uforbeholden anbefaling som støttelitteratur til undervisningen i samfunnsmedisin ved de medisinske fakultetene i Norge.

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Samfunn og sykdom

Rikke Lund, Charlotte Juul Nilsson, Ulla Christensen, Lars Iversen, red.

Medicinsk sosiologi: sociale faktorerets betydning for befolkningens helbred

København: Munksgaard, 2020

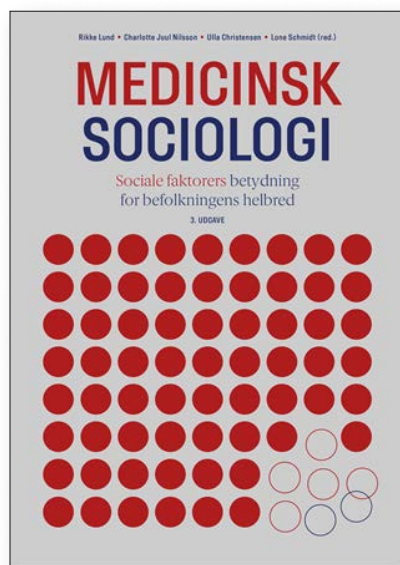
3. utgave. 264 s.

ISBN 9788762819382

Michael 2022; 19: 75–6.

Denne reviderte artikkelsamlingen har som hovedtema sammenhengen mellom samfunn og sykdom, spesielt hvordan sosiale og samfunnsmessige forhold har betydning for folks helse, med utgangspunkt i sosialepidemiologiske metoder. Boken inneholder i alt ti kapitler, samt innledning og stikkordsregister, og den er rikt illustrert med figurer og tabeller i fargetrykk. Forfatterne kommer fra ulike fagdisipliner, men de fleste har medisinsk fagbakgrunn. Alle faggrupper innen medisin og helse er definert som målgruppe.

Boken begynner med en kort introduksjon hvor bokens disposisjon, grunnideer og grunnleggende sykdomsforståelse kort presenteres (biopsykososial modell). Deretter følger to kapitler som danner grunnlag for de resterende; et teoretisk kapittel om sykdomsmodeller og «helbredsmål», og et om den demografiske utviklingen i Danmark (dødelighet, levealder, reproduksjon og sykdomspanorama). Kapitlet om sykdomsmodellene er nytt i forhold til forrige utgave, som kom for ti år siden. Artikkelsamlinger står alltid overfor utfordringer med å knytte ulike forfattere og tekster sammen til en helhet.



Det nye innledende kapitlet om sykdomsmodeller har bidratt til å binde de ulike kapitlene sammen på en god måte. En sammenfattende drøfting til slutt kunne kanskje ha bidratt til en enda sterkere sammenbinding.

De resterende kapitlene (3–10) tar for seg sykdom i forhold til ulike sosiale og samfunnsmessige forhold og sosiodemografiske grupper. Her diskuteres sosial ulikhet i helse; migrasjon og etnisitet; sosiale relasjoner; arbeid; stress; livsløp og aldring; helseatferd og forebyggende/helsefremmende arbeid. Denne delen er tematisk strukturert. To av disse kapitlene (3–4) tar utgangspunkt i hvordan samfunnets sosiale strukturer skaper systematiske helseforskjeller mellom sosioøkonomiske grupper i befolkningen; tre av kapitlene (5–7) handler om det liv som den enkelte utfolder innenfor rammene som den sosiale strukturen setter, og to av kapitlene (8–9) har et livsløpsperspektiv. Det siste kapitlet har en mer praktisk innretning i forhold til sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid. Her presenteres ulike strategier for folkehelsearbeid, inkludert det veletablerte skillet mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging, samt fordeler og ulemper med de ulike strategiene. Boken er ryddig disponert, og de ulike bidragene utfyller hverandre godt.

I tillegg til det samtlende biopsykososiale perspektivet har de ulike bidragene flere fellestrekk. De fleste kapitlene har i stor grad en beskrivende karakter, og mange baserer seg primært på empiriske data av kvantitativ art, hovedsakelig hentet fra Danmark. Mange av kapitlene kunne med fordel dratt nytte av flere referanser til kvalitativ forskning og internasjonale data. Gitt bokens tittel, *Medisinsk sosiologi*, vil nok mange savne fraværet av kulturelle perspektiver og sosiologiske analyser, verken *sociologi* eller *kultur* er å finne i stikkordsregisteret. Bokens tema er nok sykdom og folkehelsearbeid sett i sosialepidemiologisk og samfunnsmessig perspektiv mer enn medisinsk sosiologi.

Selv om artikkelsamlingen ble ferdigstilt før koronapandemien, er den likevel en bok med dagsaktuelle tema som gjør den relevant for dem som arbeider med tjenesteyting i helsesektoren, spesielt innen folkehelse. Til tross for den sterke vektleggingen av nasjonale danske forhold har tematikken i stor grad generell relevans. Artikkelen spenner vidt og dekker et bredt felt. Bredde er prioritert foran dybde. Artikkelsamlingen kan derfor egne seg som innføringsbok for studenter i medisin- og helsefag.

Olaug S. Lian
olaug.lian@uit.no

Olaug S. Lian er professor i medisinsk sosiologi ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.

Entusiastisk fagformidling om hjernen

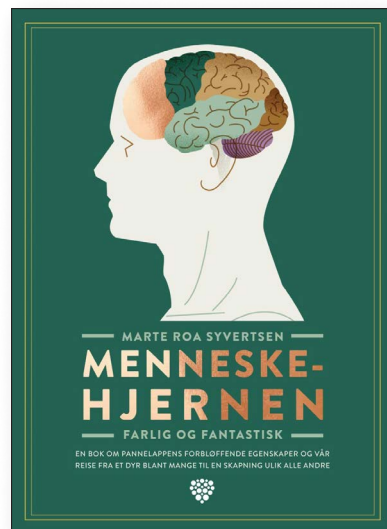
Marte Roa Syvertsen
Menneskehjernen: farlig og fantastisk
Oslo: Strawberry Publishing, 2021
222 s.
ISBN 978-82-84192-32-1

Michael 2022; 19: 77–8.

Kanskje lærte vi for lite om kroppen på skolen. Det er hvert fall ingen tvil om at det er et marked for lettlest sakprosa om menneskekroppen. Både norske og utenlandske forfattere har bidratt organ for organ, gjerne med rimende titler etter modell av *Sjarmen med tarmen*, som kom på tysk i 2014. Siden har vi fått populærvitenskapelige bøker om blant annet huden, hjertet og skjeden – men ingen kroppsdel kan fascinere like mye som selveste *hjernen*. Klassikeren her er *Vår fantastiske hjerne*, som Espen Dietrichs og Leif Gjerstad fikk Brageprisen for i 1995. Nyere eksempler er salgssuksessen *Hjernen er stjernen* av Kaja Nordengen, Ylva Østbys *Å dykke etter sjøhester* og Espen Dietrichs' *Hva er hjernen?*

Er det likevel rom for enda en bok om hjernen?

Marte Roa Syvertsen er lege ved Nevrologisk avdeling i Drammen og har doktorgrad på epilepsi hos ungdom. Og det er kanskje ungdommen med sine ustyrlige pannelapper som har inspirert Syvertsen til å la prefrontal cortex spille hovedrollen i boka *Menneskehjernen*. Det sentrale narrative er at pannelappen er den strukturen som i aller størst grad skiller oss fra andre



dyr, og som med sin betydning for personlighet og eksekutive funksjoner er *farlig og fantastisk*. Men i hjernen henger det meste sammen, så til tross for dette forsøket på en avgrensning, lander ikke innholdet særlig langt unna det som uansett ville inngått i en generell populærvitenskapelig bok om hjernens mest fascinerende sider.

Syvertsen skriver med sikkert språk og god flyt. Boken har ikke illustrasjoner, men er likevel lett å lese, med korte kapitler og en fortellende stil. Tonen er personlig, med et aktivt *jeg* som henvender seg direkte til leseren som *du*, nesten som en kjøkkenprat på fest med en gjest som har mye på hjertet og tør å være litt nerdete. Her er det lite tall og mekanismer, men heller mye anekdoter og eksempler, som hentes bredt fra både forskning, historie, ukeblader og hverdagsliv.

For en leser med relevant fagbakgrunn kan nok en del av disse eksemplene fremstå svært velbrukte. De klassiske historiene om Phineas Gage (1823–60) som fikk en jernstang gjennom pannelappen, og Henry Molaison (1926–2008) som fikk fjernet hippocampus kirurgisk på begge sider, inngår i den nevrologiske allmenndannelsen. Men ringer det ingen bjeller her, kan Syvertsens bok være et godt sted å starte.

Forordet til *Menneskehjernen* kan gi inntrykk av at boken også skal ta oss videre til alvorlige tema, med både Auschwitz og klimakrisen som bakteppe for utforskningen av pannelappen. Dette speiles av omtale av de berømte psykologiske eksperimentene kjent som *Milgram-forsøkene* og *marshmallow-testen* senere i boken, men med den kjappe og anekdotiske stilen som preger boken, spretter den heller videre enn å gå dypere ned i denne tunge materien.

Oppsummert er *Menneskehjernen* verken en systematisk faktabok, nyskapende drøfting eller samfunnskritikk med brodd, men snarere entusiastisk og tilgjengelig fagformidling som imponerende effektivt fletter sammen alle de viktigste og morsomste hjernehistoriene på 175 lettlesete sider.

Lasse Pihlstrøm
lasse.pihlstrom@medisin.uio.no

Lasse Pihlstrøm er spesialist i nevrologi og seniorforsker ved Oslo universitetssykehus.

Fengande guide til genetikken

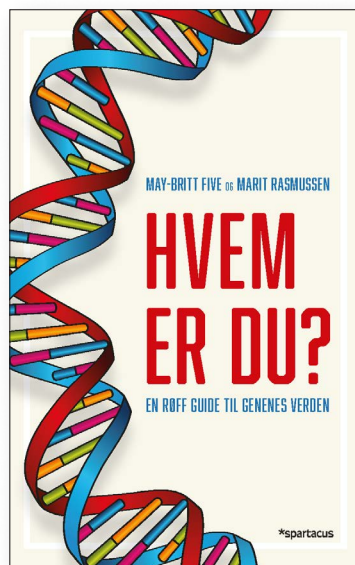
May-Britt Five, Marit Rasmussen
Hvem er du? En røff guide til genes verden
Oslo: Spartacus Forlag, 2021
170 s.
ISBN 978-82-430-1320-9

Michael 2022; 19: 79–80.

Dei siste åra har såkalla genetiske sjølvtestar blitt lett tilgjengelege for alle som har litt pengar å avsjå. Kommerielle aktørar står nærast i kø for å tilby oss analyser av DNA-et vårt, og lovar å gje svar som kan kaste lys på mange ulike aspekt av kven vi er og korleis vi har blitt sånn. Dels kan dette handle om tilsynelatande harmlaus informasjon, som til dømes kvar vi stammar frå, geografisk sett. Men ved ukritisk bruk kan slik testpraksis også ha sine skuggesider, og det er forfattarane sine bekymringar knytt til ei slik utvikling som utgjør opptakta til denne boka.

Føremålet deira er nemleg ikkje berre å gje ein generell introduksjon til DNA og genetikken si verd. Dei skriv også eksplisitt at dei gjer dette for å auke kunnskapen og medvitnet hjå lesaren, slik at vi i større grad tek eigarskap til vårt eige DNA og kanskje tenkjer oss om ein ekstra gong før vi sender det frå oss til kommersielt bruk.

Kven er vi då, egentleg, og kvifor er vi som vi er? Gjennom tolv kapitlar svarar forfattarane med ei pedagogisk, underhaldande og nyansert framstilling av mange sentrale emne og kontroversielle spørsmål innanfor gene-



tikken og tilgrensande fagfelt. Til dømes får lesaren ei god innføring i den evige diskusjonen om «født sånn eller blitt sånn?». Eit anna heitt tema er moglege framtidsscenario knytt til nye moglegheiter for genredigering: Kva skal vi eigenteg tillate i tida som kjem, og er det noko vi bør avstå frå å gjere, sjølv om det er teknisk mogleg?

I tillegg får lesaren langsmed heile boka ei god og grunnleggande innføring i cellebiologi og molekylærbiologi, som aldri blir kjedeleg. Forfattarane gløymer (heldigvis) heller ikkje at spørsmålet om kven vi er ikkje berre handlar om molekylærbiologi, men også har filosofiske og religiøse dimensjonar. Noko som gler denne lesaren spesielt, er at boka også er rik på referansar til historia og «kjempene som vi står på skuldrane til» når det gjeld utviklinga av genetikken og relaterte vitenskapar og teknologiar. Dei ulike perspektiva er integrert i teksten på ein imponerende saumlaus måte.

Det seier seg sjølv at ei framstilling i eit slikt format ikkje kan bli fullstendig eller gå i djupna i særleg grad, men så gjev boka seg heller ikkje ut for å vere meir enn ein «røff guide» til feltet, og det lever ho opp til. Boka kan så absolutt fungere som ein appetittvekkar, og inneheld også ei liste med lesetips til lesarar som vil setje seg grundigare inn i sakene.

Det er ikkje tvil om at forfattarane, som begge er utdanna molekylærbiologar, brenn for både faget sitt og for god formidling. Med eit lett og ledig språk og ein god dose humor losar dei lesaren gjennom fagstoff som i utgangspunktet er komplisert. Boka er rett nok ikkje den einaste av sitt slag; populærvitenskaplege framstillingar av genetikken sitt univers kan sjå ut til å vere ein sjanger i vekst. Men det er med god grunn: Dette er eit fagfelt som vedkjem oss alle, og behovet for allment tilgjengeleg kunnskap som kan gjere oss betre rusta til å gjere gjennomtenkte val om arvematerialet vårt, er framleis stort.

Boka er hermed tilrådd til alle som ynskjer å forstå meir av korleis «genenes verden» fungerer, og som ynskjer å bli meir medvitne om kva DNA-et vårt kan brukast til, på godt og vondt.

Kristine Lillestøl
lillek78@gmail.com

Kristine Lillestøl er lege i spesialisering ved Avdeling for medisinsk genetik, Oslo universitetssjukehus

Farvel stigmatisering, velkommen helhetstenkning

Peter la Cour

Hvad er vedvarende uforklarede fysiske symptomer?

Roskilde: FADL, 2021

212 s.

ISBN 978-87-93810-56-3

Michael 2022; 19: 81–3.

Medisinsk uforklarte fysiske symptomer forekommer hyppig. Den danske helsepsykologen og forskeren Peter la Cour karakteriserer det som en folkesykdom. I denne boka omtales blant annet kroniske smerter, irritabel tarm-syndrom, fibromyalgi og senfølger etter hjernerystelse.

Det har i flere tiår vært mye faglig uklarhet og uenighet knyttet til definisjon, årsaksforklaring og klinisk håndtering av det som nå gjerne omtales som medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). I Danmark preges feltet av destruktive kontroverser og frustrasjon hos både pasienter og behandlere. Gamle antagelser og seiglivede myter står fortsatt i reell motsetning til nyere, empirisk viten. Forfatteren toner faglig flagg i forordet hvor han forteller om et studiebesøk til en prestisjetung, dansk forskningsklinikk for funksjonelle lidelser. Utenfor står pasienter og demonstrerer. Mot hva? tenker han. Etter besøket var han ikke så faglig imponert som han hadde forventet å bli, og bestemte seg for at det aldri skulle komme til å stå pasienter og demonstrere foran steder hvor han arbeidet. Det var et tegn på at noe var galt.



Forfatteren beskriver en stor kløft mellom Sundhedsstyrelsens anbefalinger om *Funktionelle lidelser* fra 2017 og de erfaringer og den viten han selv hadde opparbeidet seg. Han oppfatter mange av betraktningene som anakronistiske og unødvendig konfronterende overfor pasienter og pasientorganisasjoner. Forfatteren mener at mange lidende mennesker i Danmark utsettes for respektløs, kunnskapsbetinget urett. Han har i denne boka kanalisert sin harme over dette i konstruktiv retning og ønsker å framlegge moderne og oppdatert viten.

la Cour understreker hvordan et vitenskapelig sunt, helsepsykologisk perspektiv inkluderer det biologiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle. At årsaken til slike tilstander skulle være et særegent behov for sykdomsgevinst, omtaler han som en historisk myte. Han vil også fjerne andre merkelapper som indikerer at vi har med en spesiell gruppe lidelser å gjøre, for eksempel at disse lidelsene utgjør en sosial epidemi, er et resultat av traumer og belastninger eller er typiske kvinnesykdommer.

Til kamp mot stereotypiene

Ved første øyekast ble jeg litt forvirret av all denne avvisningen og lurte litt på hvor forfatteren ville. Men ved nærmere lesning innså jeg at han på ingen måter avviser det vi faktisk vet om hvordan livet kan sette sine spor, hvordan traumer og deprivasjon skader menneskers helse og hvordan sosial kontekst har betydning. Hans mål er først og fremst å fjerne stereotypier som ikke bygger på evidens og som skader pasientene. Han vil hente stigmatiserte og misforståtte pasienter tilbake til medisinen, der de fortjener å bli møtt med samme faglige respekt og vilje til helhetlig utforskning som andre pasienter. En utdatert forforståelse som for eksempel *somatisering* tenderer til å fange pasienter i et fragmentert behandlingssystem og gjøre vondt verre.

Hvordan mener forfatteren at disse tilstandene skal forstås? Svaret er ukontroversielt. Han presenterer ikke ferdigtenkte svar, like lite som vi har ferdige forklaringer på andre komplekse folkesykdommer, og henter blant annet fram teorier om sentral sensitivisering, stress og stressaktivering. Han diskuterer sterke og svake sider ved teoriene og peker dermed fram mot en modell han selv jobber med og beskriver i slutten av boka. I kapitler om klinisk kommunikasjon og behandling framheves forskning som motsier forestillingen om at disse pasientene er spesielt vanskelige og med fastlåste sykdomsbilder. Disse fenomenene er i høy grad skapt av medisinsens eget dysfunksjonelle måte å håndtere sakene på. Innen rammen av en trygg terapeutisk relasjon er det realistisk å skape anerkjennelse for kompleksitet og usikkerhet, og mange pasienter kan leve brukbart med sine plager på

slike premisser. Boka inneholder en kortfattet, relevant idé-katalog for helhetsorientert, anstendig og aktiv pasientbehandling til generell bruk.

Til slutt omtales den biopsykososiale modellens framvekst og status. Han skisserer en *fire-dimensjonal modell for helse og sykdom*, med utgangspunkt i kompleksitetstenkning. Dette kan høres pretensjøst ut, men den er kun tenkt som et forståelsesverktøy i klinisk arbeid. Det som skiller denne modellen fra biopsykososial modell, er eksplisitt integrasjon av førstepersonsperspektivet, altså menneskelig subjektivitet.

Boka er en inspirert, godt fundert og velskrevet kombinasjon av vitenskapsteoretiske ambisjoner og klinisk engasjement for lidende mennesker. Den bygger på et relevant og bredt utvalg av vitenskapelige referanser og er forankret i danske forhold og nasjonale faglige kontroverser. Meg bekjent preges ikke debatten om disse tilstandene av like steile faglige fronter i Norge som i Danmark. Et unntak er kronisk utmattelsessyndrom/ME, som forfatteren nøkternt omtaler med definisjoner og diagnostiske kriterier, uten å gå inn i noen sykdomsspesifikk årsaksdebatt.

Boka kan anbefales til alle som møter mennesker med uforklarte helseproblemer av alle slag, både klinikere og forskere.

Linn Okkenhaug Getz
linn.getz@ntnu.no

Linn Okkenhaug Getz er professor i medisinske atferdsfag ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU i Trondheim.

Epidemier på svensk og dansk

Jakob Eberhardt

Verdenshistoriens største epidemier: fra pest til covid-19

Roskilde: FADL, 2021

2. utgave, 347 s.

ISBN 9788793810525

Martin Holmberg

Pandemier och epidemier: från kolera till covid-19 i ett tvärvetenskapligt perspektiv

Lund: Studentlitteratur, 2020

2. utgave, 192 s.

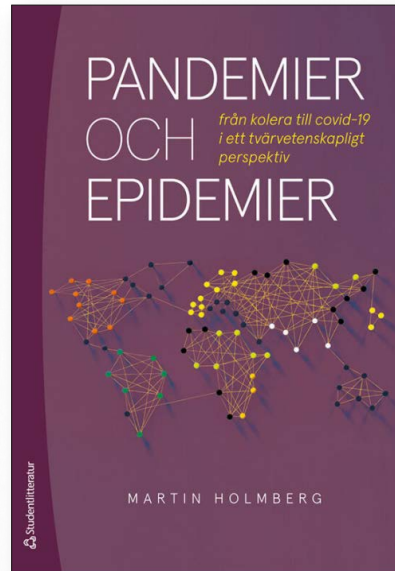
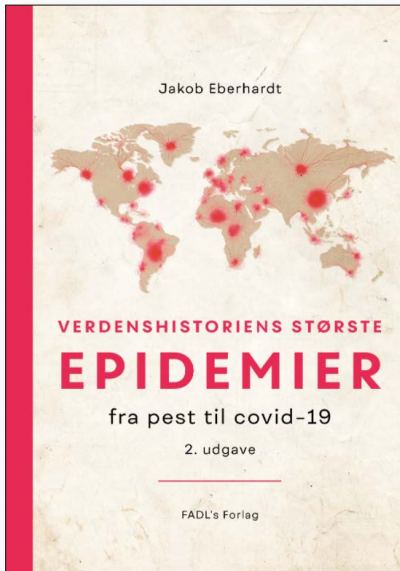
ISBN 9789144142692

Michael 2022; 19: 84–7.

COVID-19-pandemien har ført til et stort antall bokutgivelser med relevans for epidemier og pandemier. Noen av disse er nyutgivelser, hvor tidligere utgaver har fått et mer eller mindre hastverkspreget tilleggskapittel om den pågående pandemien. Dette gjelder også de to bøkene som skal omtales her.

Den danske journalisten Jakob Eberhardts bok *Verdenshistoriens største epidemier* kom opprinnelig i 2016. Den nye utgaven har i tillegg til et kapittel om COVID-19 et kort kapittel om SARS-epidemien i 2002–03. Boken konsentrerer seg om ti av de store epidemiene i historien frem til AIDS.

Epidemihistorien byr på mye dramatisk og fargerikt stoff, og Eberhardt utnytter dette med betydelig journalistisk *flair*, som mange lesere utvilsomt vil ha glede av. Forfatteren fokuserer først og fremst på de sensasjonelle aspektene ved epidemiene og har åpenbart vesentlig mindre interesse for forståelsen av årsaksforholdene bak epidemiutbrudd. I de siste tiårene er



det blitt klart at en lang rekke økologiske og miljørelaterede faktorer spiller en avgjørende rolle for samspillet mellom mennesket og mikroben. Innsikt i disse faktorene er nødvendig for å forstå både fortidens og nåtidens epidemier. Slike økologiske og miljørelaterede faktorer er ikke vektlagt systematisk i boken og finnes bare spredt her og der. Synspunkter på grunnleggende forskjeller og egenskaper ved de ulike formene for mikrober og på immunforsvarets rolle finnes også bare nokså tilfeldig rundt i boken.

Forfatteren sier i forordet til første utgave at han har valgt «en fremadskridende og scenisk præget fortelling om epidemierne, og på den annen side faktaavsnitt, der beskriver forskjellige aspekter av sykdommene på mere nøgtern og leksikalsk vis». Hvordan fungerer så dette i praksis? Når det gjelder faktaavsnittene som er skrevet i rødt, virker det ofte nokså tilfeldig hva som havner her og ikke i hovedteksten. Dette er noe forvirrende og kan bryte opp teksten på en uheldig måte.

Jeg kan heller ikke se at forfatteren har gjennomført sin plan om en «fremadskridende» beretning om de enkelte epidemierne. Tvert imot begynner beretningen ofte, tilsynelatende tilfeldig, midt i epidemihistorien, og hopper så frem og tilbake. Det gjelder for eksempel kapitlet om pest. Mens man i pesthistorien jo regner med tre store pandemier hvor den justinianske pest på 500-tallet var den første, begynner Eberhardt pestkapitlet med pestepidemien i London i 1665. Først etter flere sider beveger han seg tilbake i tid til Svartedauen, hvor han kun ofrer den justinianske pest én linje *en*

passant. Heller ikke den tredje pandemien som begynte på slutten av 1800-tallet, får noen omtale. Forfatteren synes for øvrig ikke å kjenne til nyere forskning om viktige økologiske faktorer, blant annet klima, ved pestepidemier og de økende holdepunktene for at lus og menneskelopper trolig spilte en viktig rolle ved smittespredningen under Svartedauen.

Også de øvrige kapitlene bærer preg av en noe tilfeldig disposisjon av stoffet. I omtalen av kolera er kapitlet helt dominert av epidemien i København i 1853 med et vell av detaljer, mens de syv pandemiens globale herjinger fra begynnelsen av 1800-tallet frem til i dag nærmest ikke nevnes. Også her mangler omtale av de viktige økologiske og klimarelaterte faktorene ved utbrudd av pandemier med kolerabakterien som jo primært er en vannbakterie.

Boken er trykket tidlig på høsten 2020. Forfatteren kan derfor ikke bebreides at kapitlet om COVID-19-pandemien naturlig nok mangler omtale av utviklingen etter dette, som i stor grad er preget av utrullingene av en rekke vaksiner. Men dette kapitlet viser igjen en påfallende skjev disposisjon av stoffet. Hele 14 sider omtaler virusutbruddet på cruiseskipet Diamond Princess.

Alt i alt gir denne boken til dels fargerike og velskrevne detaljskildringer av noe tilfeldig valgte aspekter ved flere av de store epidemiene i historien og kan med sin journalistiske vinkling være underholdende lesning for mange. Men fremstillingen er usystematisk og gir ingen dypere forståelse av årsaksforholdene bak epidemier i fortid, nåtid og fremtid.

Pandemier och epidemier

Pandemier och epidemier – från kolera til covid-19 i ett tvärvetenskapligt perspektiv av Martin Holberg er en helt annen type bok, både i omfang og innhold. Selv om tittelen kunne gi inntrykk av det, er dette ikke primært en detaljert beskrivelse av en rekke spesielle epidemier. Forfatteren er først og fremst opptatt av infeksjonsepideologi og de økologiske og miljørelaterte faktorene bak epidemier som han stadig kommer tilbake til i de ulike kapitlene.

Forfatteren er utvilsomt kunnskapsrik innen infeksjonsepideologi. Fremstillingen her er imidlertid svært detaljert og har et så vidt akademisk preg at den neppe vil være fristende lesning for den interesserte allmenhet som forfatteren åpenbart håper på, selv om han særlig sikter seg inn mot spesielle grupper i helsevesen og akademia. Jeg synes også han kompliserer problemstillingene unødig, med en rekke fagtermer som strengt tatt er unødvendige i en ikke-akademisk fremstilling.

Holmberg har imidlertid mange interessante synspunkter innen infeksjonsepidemiologien. Han har et kritisk blikk på flere sentrale begreper som allmenheten er blitt presentert for i medias dekning av COVID-19-pandemien. Det er for eksempel velgjørende å se hans problematisering av det såkalte R-tallet som helsebyråkrater har messet om på inn- og utpust det siste året.

Omtale av de økologiske faktorene som er vesentlige for interaksjonen mellom mennesket og mikrobene og for epidemiutbrudd, finner man en rekke steder i boken, blant annet i de korte kapitlene om polio, HIV/AIDS og influensa. Innsikten i disse faktorene er særlig kommet i de siste 30–40 årene med erkjennelsen av de såkalte *emerging infectious diseases (EID)*, de mange nyoppdagede infeksjonssykdommene som har dukket opp på annen halvdel av 1900-tallet. Noe overraskende er det at forfatteren ikke synes å erkjenne dette, men har et noe kritisk blikk på EID-begrepet, som han først introduserer i kapitlet *Epidemiologiska teorier*. Resultatene av EID-forskningen har faktisk vist seg meget nyttige også ved studier av tidligere tiders epidemier, siden mange av de økologiske faktorene er tidløse.

I denne utgaven av boken har Holmberg også tilføyd et essayistisk preget kapittel om COVID-19, men dette er utdatert på mange måter siden det åpenbart er skrevet ferdig på forsommeren 2020. Holmberg beskriver hovedpunktene i den svenske pandemistrategien, som svært mange mistenker har vært basert på målet om naturlig oppnådd flokkimmunitet, men unnlater å nevne at Sverige har hatt vesentlig større dødelighet enn nabolandene.

Når det gjelder detaljer, stusser jeg når Holmberg (s. 23) skriver at det var først på 1700- og 1800-tallet at miasmebegrepet «började användas allmänt». Miasmebegrepet var sentralt allerede i antikken hos både Hippokrates og Galen og var senere aktuelt i medisinen til langt ut på 1800-tallet.

Alt i alt er nok dette først og fremst en bok for lesere med spesiell interesse for infeksjonsepidemiologi som dessverre ikke vil tape sin betydning i fremtiden hvor nye epidemier og pandemier vil true oss.

Stig Sophus Frøland
s.s.froland@medisin.uio.no

Stig Sophus Frøland er professor emeritus i infeksjonssykdommer og klinisk immunologi ved Universitetet i Oslo.

Innføring i klinisk forskning og fagutvikling

Erlend Hem, Marit Kirkevold, Svein Friis, Per Vaglum

Innføring i klinisk forskning og fagutvikling

Oslo: Universitetsforlaget, 2021

218 s.

ISBN 978-82-15-05659-3

Michael 2022; 19: 88–9.



Rasjonalet for denne boken er svært godt. Boken har som mål å senke terskelen for å begi seg inn i forskningsverdenen innen klinisk arbeid og helsefag. Boken beskriver generelle fag- og forskningsprinsipper, men med klar forankring i den norske hverdagen. Boken har et godt språk og er tilpasset målgruppen «masterstudenter og andre som trenger kunnskap om klinisk forskning og fagutvikling». Boken leverer det tittelen lover, nemlig en samlet innføring i mange aspekter ved klinisk forskning. Ved siden av de forventede temaene inkluderer boken også nye, aktuelle temaer, slik som et eget kapittel om brukermedvirkning i forskning og fagutvikling. Kvalitativ metode har stor plass i boken og fremstilles på en forståelig måte. Kapitlene er fulle av små praktiske tips og gullkorn, som kan være selvsagte for mange, men som det likevel ofte

syndes mot, for eksempel: «Siter kun arbeider som du har lest og forstått selv».

I tillegg til masterstudentmålgruppen, har forfatterne hatt som ambisjon at boken skal «dekke et minimum av kunnskaper om klinisk forskning og

fagutvikling som alle klinikere og ledere bør ha». Jeg er usikker på om boka treffer den siste gruppen, dels fordi innføringsbokens kapitler 11–16 dreier seg om metodebruk, statistikk, dataanalyse og artikkelskriving, som kanskje ikke er de områdene som er viktigst for en leder å ha kunnskap i, dersom man ikke selv deltar i forskning. Men tanken er god, og et eget kapittel nettopp rettet mot dagens eller fremtidens ledere uten forskningserfaring ville ha vært veldig nyttig. Et slikt kapittel kunne gitt informasjon om spesialisthelsetjenestens lovpålagte krav om å drive forskning og fagutvikling, samt diskutere hvordan ledere kan legge til rette for å tilfredsstillere dette kravet og hva klinikerne kan forvente av sine ledere av tilrettelegging. Organisering av forskningsgrupper, finansieringsmuligheter og forskningsetikk er eksempler på slike temaer som med fordel kunne vinkles mot ledere i helsetjenesten. De opplever kanskje at de ikke de makter å prioritere reell fagutvikling og forskning på grunn av det store presset på klinisk arbeidsproduksjon. Noe av denne tematikken presenteres under kapitlet om fagutvikling, men jeg savner et mer overordnet kapittel som omhandler lederes lovpålagte plikter. Det gjelder ikke minst muligheter for å påse at fag- og forskningsutvikling støttes og ledes rett vei, i tråd med samfunnsoppdraget og til beste for pasienter og samfunn.

Boken gis ut samme år som *Klinisk forskning innen helsefag: hvordan utvikle god forskning - sentrale elementer* av Tone Rustøen og Anners Lerdal. For dem som ønsker seg ytterligere innsikt i kvalitativ forskning, er Kirsti Malteruds lærebok fra 2017 et alternativ: *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. En annen publikasjon innen samme feltet er den nettpubliserte *Forskningshåndboken: fra idé til publikasjon*, utgitt av Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus. Denne siste favner noe videre i tematikken enn *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling*, men retter seg mer mot ph.d.-studenter og forskningsveiledere, og går ikke i dybden på faglig forskningsmetodikk. Det dekker boken til Hem og medarbeidere godt.

Innføring i klinisk forskning og fagutvikling er et nyttig verktøy for å følge opp den klare politiske forventningen om flere kliniske studier i Norge.

Annetine Staff
a.c.staff@medisin.uio.no

Annetine Staff er professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og forskningsleder, Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus. Staff er medredaktør av *Forskningshåndboken: fra idé til publikasjon*.

Allmennegers allsidighet og tilhørighet

Endre Osen Skjølberg

Fastlegen – tro, håp og kjærlighet bak en dør

Molde: Hverdagshelter Forlag, 2021

142 s.

ISBN 978-82-692506-0-2

Michael 2022; 19: 90–1.



«Vi er alle født et sted i verden som setter varige spor», er første setning i denne boka. Bokforfatterens fødested er Smøla, som også var bokanmelderens arbeidssted som distriktslege for 40 år siden. Den gang var Endre Osen Skjølberg skolegutt. Nå er han erfaren allmennlege i Molde og har vært lørdagsskribent i *Romsdal Budstikke* med spalten *Fastlegen* siden 2014. Et trettitalls av tekstene har han fordelt på seks kapitler og samlet mellom to pene permer.

Fastlegen er ingen medisinsk spalte om symptomer og sykdom. Her handler det om livet i videste forstand. Forfatteren deler barndomsminner og hyller

tidligere lærere. Han skriver om annerledeshet og hverdagslykke, ensomhet og kjærlighet. «I min fastlegeverden har diagnoser blitt mindre viktig, mer viktig er å være der når livet blir tøft».

Temaene er allmenne og kjente, med mer eller mindre medisinsk tilsnitt. Refleksjonene er akkurat så dypsindige som sjangeren krever. Problemet med slike samlinger er at noen av tekstene åpenbart er knyttet til en bestemt årstid, begivenhet eller anledning i fortiden. Variasjonen gjør til gjengjeld at det finnes minst en tekst som også passer godt her og nå. Historiene om fotballsupportere og fotballtrøyer i Sevilla og på smølaferja er evig aktuelle.

Her er mye tidløs klokskap og humor som gir gjenkjennelse. Illustrasjonene av Karen Elise Otterlei og Mari Watn bidrar til humringen. Skjølberg er en god forteller. Han krydrer teksten med eksempler og sitater. Og han har lært den vanskelige kunsten å sette punktum i tide. Han er dessuten flink til å variere emner og skrivestil. Å levere jevnlig avisspalter er vanskeligere enn mange tror.

Endre Skjølberg gir både indirekte og direkte uttrykk for gleden ved å være fastlege. Han understreker betydningen av de fysiske møtene og samtalen mellom lege og pasient. I en tid da fastlegeyrket først og fremst forbindes med krise og misnøye, trengs slik framsnakking. For å rekruttere nye kolleger, behøves positive forbilder.

I den fragmenterte spesialisthelsetjenesten består sykdommer, mens pasientene kommer og går. I kommunehelsetjenesten er det sykdommer som kommer og går, mens pasientene består. Allmennleger har medisinen mest allsidige og spennende yrke. Intet menneskelig er fastlegen fremmed. Kontinuitet og breddekompetanse er adelsmerket.

Det innebærer også forståelse for lokalsamfunnets kultur og tradisjon, språk og historie. Det handler om tilhørighet. Denne boka er trygt forankret både i Romsdalen og på Nordmøre.

Selv lengter jeg ofte tilbake til legelivet på Smøla. Kanskje har Vårherre litt ekstra hjerte for smølværinger, slik Skjølberg antyder i en av tekstene. I hvert fall har jeg det. Ikke bare fødesteder setter spor. Det gjør også arbeidssteder.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin og redaktør av Michael.

Lite nytt om Katti Anker Møller

Jens Olai Jenssen, Elisabeth Lønna

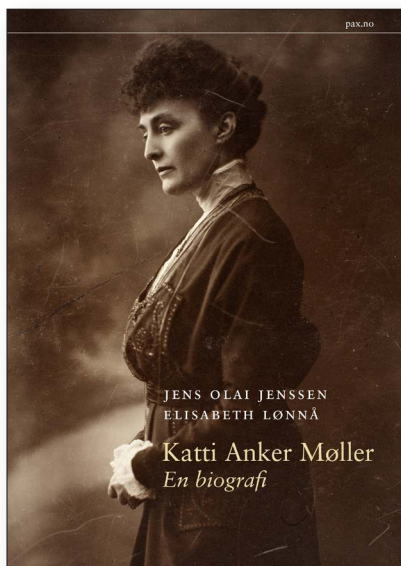
Katti Anker Møller: en biografi

Oslo: Pax, 2021

238 s.

ISBN 9788253042848

Michael 2022; 19: 92–5.



I 1915 holdt Katti Anker Møller (1868–1945) sin siden så berømte tale *Moderskapets frigjørelse*, der hun tok til orde for kvinners fødselskontroll. Samme år ble de Castbergske barnelovene vedtatt. Møller hadde da lenge ivret for lovene, og de bærer hennes svogers navn. Innsatsen hennes er godt kjent og i kvinnefrigjøringshistorien er Katti Anker Møller en viktig pioner, ja, nærmest en lysende stjerne. Hun var rik, vakker og klok.

I 1968 utga datteren, legen Tove Mohr (1891–1981), en biografi, og daværende helsedirektør Karl Evang (1902–1981) trakk fram Møllers viktige rolle for kvinners fødselskontroll. Hennes betydning ble vektlagt i historier rundt 1980 om veien fram til kvinners rett til selvbestemt abort, og i midten av 1990-årene ble Møllers arbeid på nytt diskutert. *Tidsskrift for velferdsforskning* nr.

4/2015 var viet barnelovene og Møllers rolle ble drøftet. Det ble også etterlyst mer forskning og belysning av hennes internasjonale forbindelser og konteksten for virket i Norge.

Faktabasert historiefortelling

Ikke rart at jeg leste den nye biografien om Katti Anker Møller med interesse og nysgjerrighet. Den har to deler og er inndelt i 19 kapitler. I forordet omtaler forfatterne boka som en *faktabasert historiefortelling* (s. 10). De har samarbeidet om teksten og skrevet hver sin del, uten at det framgår hvem som har skrevet hva. Begge er erfarne biografer.

Boka har to deler. Den første, *Sagatun*, handler om Møllers oppvekst og ungdomstid på Norges første folkehøyskole ved Hamar. Den andre, *Thorsø*, innledes med giftermål og flytting til herregården utenfor Fredrikstad i 1889.

I første del gir ti kapitler bilder av mennesker og miljø ved og rundt Sagatun i andre halvdel av 1800-tallet, med foreldrene Mix (1842–92) og Herman Anker (1839–96) i sentrum. Forfatterne vektlegger foreldrenes frisinnet, deres fine familier, pengene – og etter hvert økonomiske problemer. En lang rekke kjente personer kommer forbi. Det er utallige selskaper og sammenkomster og midt i det hele er den unge Katti, hun samtaler og skriver dagbok. Hun er forelsket i flere, men velger sin rike og flotte fetter, Kai Møller (1859–1940). Johan Castberg (1862–1926) fikk siden gifte seg med søsteren. Hun engasjerer seg i tidens store spørsmål – og særlig er hun opptatt av at kvinner ble utarmet av å føde for mange barn, noe som også rammet hennes mor.

I bokas andre del er godseierfruens Thorsø rammen for fortellingens ni siste kapitler, fra 1889 til 1945. Møller var særlig aktiv fram til 1925, for mødrebeskyttelse og fødselskontroll, med barnelovene, for prevensjonsopplysning, rett til abort, husmorskoler og bedre spedbarnsstell. Her fortelles det om godseierfrue-besværligheter med husstell og matlaging, men også om en kvinne som raskt lykkes med oppgavene, om reiser og selskapelighet, om samtaler og innsats for å påvirke politikken – som i Kristiania fra 1900 da mannen var på Stortinget for Venstre. Fire saker framheves, arbeidet for barnelovene fram mot 1915, taler om fødselskontroll i 1915 og om fødselspolitikk i 1919, arbeidet for barselhjem og barselhjemutstillingen i 1916 og for et mødrehygienekontor – som åpnet i 1924 i samarbeid med arbeiderkvinnenes organisasjoner og som ga opplysning om prevensjon og spedbarnsstell. Men mest av alt får vi lese om familie og innflytelsesrike personer, om motstand og om støtte, som fra kongefamilien i arbeidet for barselhjemsaken.

De viktigste kildene er brev, de fleste innenfor familien, dagbøker, noen aviser og bøker, men det er ganske sparsomt med noter, og noen faktafeil.

Biografien er interessant og lettlest, den framstår som det forfatterne omtaler den som – en *faktabasert historiefortelling*. Kombinasjonen av fortellingen om livet på og rundt Sagatun og hennes liv som frue på Thorsø og

det hun utrettet der og for de sakene hun brant for, er fin å lese. Det savnes imidlertid analyser og drøftinger. Selv om boka er interessant, kommer det fram lite nytt om de sakene og det virket hun sto for. Forfatterne drøfter heller ikke en videre politisk kontekst, verken nasjonalt eller internasjonalt, selv om det nevnes at Møller fulgte med i debattene i utlandet om både mødrebeskyttelse og fødselskontroll.

Ubesvarte spørsmål

Slik gjenstår det spørsmål. Selv om Castberg og Møller var forkjempere for barnelovene, hadde lovene vel også andre talspersoner? Lovene ble vedtatt ved flertall på Stortinget, og fra 1902 hadde også Arbeiderpartiets kvinneforbund krevd lovfesting av rettigheter for barn født utenfor ekteskap. Det ville vært fint med en diskusjon av ulike posisjoner og allianser.

Forfatterne skriver at arbeiderkvinnene fulgte opp Møllers forslag. Arbeiderkvinnene støttet opp og spredde Møllers trykksaker, men handlet også på egen hånd, og særlig i det politiske system, som for rettigheter til barn født utenfor ekteskap og for avkriminalisering av abort. Det ville en systematisk lesing av bladet *Arbeiderkvinnen* kunne vist. Det blir skjjevt når forfatterne trekker fram Augusta Aasens (1878–1920) kritiske innlegg i bladet i 1919 mot *deler* av Møllers tale – forslaget om betalt moderskap. Kritikken framstilles som uttrykk for at noen sosialister fant «språk og innhold ubehagelig og unødvendig brutalt» (s. 199). Det kunne vært nevnt at Aasen helhjertet støttet kravet om fødselskontroll og Møllers svar til Aasen kunne vært kommentert. Der var hun tydelig overrasket over å få motstand fra sosialistisk hold, men viste forståelse for Aasens innvending mot å underlegge selve moderskapet kapitalistisk logikk.

Møllers to kjente taler var del av en samtidig bevegelse, det ble holdt lignende taler i Stockholm, Berlin og København. Det er skrevet innsiktsfulle og fengende biografier om flere aktører, og som også kjente Møller, som svenske Frida Stéenhoff (1865–1945) og britiske Stella Browne (1880–1955). Det ville vært interessant om Jenssen og Lønnå drøftet Møllers rolle i lys av slike bidrag.

I biografien slutter Møllers arbeid for legalisering av abort i 1918, og forfatterne omtaler svært kort abortkampen fram til lovendringen i 1978 som ga kvinner rett til selvbestemt abort, og framhever Tove Mohr og Dakky Kiærs (1892–1980) oppsummeringer (s. 188). Her kunne mye vært fylt ut. Møllers taler ble brukt som inspirasjon i alle år. I 1930-årene var for eksempel Tove Mohr med i straffelovkomiteens flertall som foreslo en svært liberal abortlov (figur 1). En av de sterkeste motstanderne mot liberalisering var Ella Anker (1870–1958), Møllers egen søster. Katti Anker Møller gikk



Figur 1. Tove Mohr (1891–1981) var lege og arbeidet i likhet med sin mor, Katti Anker Møller, for mødrehygiene og abortsak. Forfatterne henter mye fra Mohrs biografi om moren fra 1968. Fotografi trolig fra 1930-årene. Foto Wikimedia Commons.

ut mot søsteren og støttet flertallets lovforslag. Det er pussig at forfatterne ikke følger abortsaken etter 1918, særlig med henblikk på deres vektlegging av familieforhold.

Selv om Jenssens og Lønnås biografi er godt lesbar og interessant, kunne det forventes mer av de to erfarne biografene. Det trengs fortsatt mer forskning og flere analyser av Katti Anker Møllers virke.

Kari Tove Elvbakken
karitove.elvbakken@uib.no

Kari Tove Elvbakken er professor ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Det norske medisinske Selskab 2021

Michael 2022; 19: 96–104.

Koronapandemien har preget aktiviteten i Det norske medisinske Selskab de siste to årene, særlig høsten 2020 og våren 2021. Likevel ble 2021 et begivenhetsrikt år i Selskapets historie. Vi flyttet inn i Legenes hus i Oslo, og fikk nye, reviderte vedtekter. Medlemstallet økte, og tidsskriftet Michael utgav tre supplementer i tillegg til fire ordinære nummer.

Smittevernrestriksjoner gjorde tradisjonelle medlemsmøter umulig i store deler av 2020 og i første halvår 2021. Den planlagte innflyttingen i Legenes hus høsten 2020 ble derfor utsatt, og møtene ble arrangert digitalt. Fra høsten 2021 ble det igjen mulig å møtes, og aktiviteten tok seg opp. 46 nye medlemmer tegnet seg i løpet av året, og ved utgangen av 2021 hadde Selskapet 231 medlemmer.

Høsten 2020

Selskapets møteprogram høsten 2020 ble sterkt amputert på grunn av pandemien. Eneste ordinære, fysiske møte ble holdt onsdag 14. oktober 2020 kl 19:15 i Frederik Holsts hus.

Temaet var *Immunterapi - hva skjer?* og innleder var professor emeritus i onkologi Steinar Aamdal, Universitetet i Oslo. Det var 27 deltakere.

Onsdag 2. desember 2020 kl 19:15 ble Selskapets første digitale arrangement avholdt (1).

Temaet var *Fra kolera til korona*, og møtet ble holdt som webinar på Zoom med ca 150 deltakere. Opptak av dette og alle senere digitale møter finnes på Selskapets nettside: <https://www.michaeljournal.no/page/presentasjoner>

Møtet var knyttet til Lizzie Knarberg Hansens doktoravhandling fra 1986 *Koleraen i Christiania i 1853* som ble republisert i *Michael* nr. 4/2020 (2). Program:

Øivind Larsen, professor em., Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Koleraen i Norge i 1853 og historien om den.

Morten Rostrup, overlege, Akuttmedisinsk avdeling, Oslo universitetssykehus og professor, Universitetet i Oslo: Kolera – fortsatt en aktuell sykdom.

Preben Aavitsland, overlege, Folkehelseinstituttet og kommuneoverlege i Arendal og Froland.: Fra kolera til korona: det norske smittevernet mellom motstridende interesser.

Våren 2021

Hele møteprogrammet våren 2021 ble arrangert som webinarer.

Onsdag 27. januar 2021 kl 19:15

Fra Roosevelt til Biden: Hva skjer med det amerikanske helsesystemet?

Innledninger ved Christer Mjåset, visadministrerende direktør, Helseplattformen og Johan Torgersen, divisjonsdirektør, Helsedirektoratet

Ca. 150 deltakere var med på nett.

Onsdag 24. mars 2021 kl 19:15

Depresjon. Status og veien videre i behandling

ved Jan Ivar Røssberg, professor, Universitetet i Oslo

Ca. 100 deltakere var med på nett.

Onsdag 28. april 2021, kl. 19:15

Internasjonalt samarbeid for å kontrollere covid-19 pandemien

ved John-Arne Røttingen, global helseambassadør i Utenriksdepartementet.

Ca. 65 deltakere var med på nett

Fredag 21. mai 2021 kl. 10:00 – 12:00

Helsespråk.

Michael Supplement nr. 26 (3) ble lansert som nettseminar med overføring fra Vitensenteret i Kreftforeningen. Språkrådet, Helse Sør-Øst RHF, Direktoratet for e-helse og Gruppe for norsk medisinsk fagspråk var arrangører i samarbeid med Det norske medicinske selskab. 466 deltakere fulgte sendingen.



Selskapets første møte i Legenes hus ble holdt 15. september 2021. Vi ble ønsket velkommen av generalsekretær Siri Skumlien og president Anne-Karin Rime i Den norske legeförening som står til venstre for styreleder Magne Nylenna med mikrofon. Foto: Øivind Larsen.

Program:

Professor Erlend Hem: Hva er helsespråk?

Statssekretær Maria Jahrmann Bjerke: Hvorfor er helsespråk viktig?

Direktør Åse Wetås, Språkrådet: Godt språk gjev gode helsetenester

Fungerende direktør Karl Vestli, Direktoratet for e-helse: Vi trenger et felles helsespråk

Fungerende direktør Jan Frich, Helse Sør-Øst: Klarspråk i pasientkommunikasjon

Medisinsk redaktør Petter Gjersvik: Fagspråk på norsk

Seniorrådgiver Bente Christensen: Sykepleierterminologi – hvorfor det?

Professor Johan Tønnesson: Ti teser om klarspråk

Professor Magne Nylenna: Helsespråk i bokform

Onsdag 26. mai 2021, kl. 19:15

Protonterapi

Innleder var Eirik Malinen, professor, Universitetet i Oslo

26 deltakere var med på nett.

Fredag 4. juni 2021, kl 12:00–13:30

Frederik Holst: en pioner i norsk farmakologi

Markeringen av 150 år siden Frederik Holsts død ble markert med et nettseminar fra Frederik Holsts hus og lansering av Michael Supplement

27 (4). Det var 60 deltakere på nettet, og samme ettermiddag ble det arrangert kransnedleggelse på Holsts grav på Vår Frelses gravlund (5). Frederik Holst-forelesningen ble innstiftet som en årlig foreteelse ved Institutt for helse og samfunn.

Arrangører var Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo og Det norske medicinske Selskab. Program:

Jørund Straand, professor, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: «Midler af hvilke man har at befrygte langt større Skade end Nytté bør ei anvendes» Om professor Nils Berner Sørenssens (1774–1857) sykdomslære og undervisning i terapi.

Øivind Larsen, professor em., Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Frederik Holst (1791–1871) - hvem var han, og hva bør vi vite om ham?

Berit Smestad Paulsen, professor em., Farmasøytisk institutt og Anne Vaalund, rådgiver, Museum for universitets- og vitenskapshistorie, UiO: Catalogus Musei pharmacologici Universitas Regiæ Friedericianæ - Holsts gjenoppdagede drogesamling ved Universitetet i Oslo.

Høsten 2021

Ett år forsinket kunne Selskapet endelig invitere til fysiske møter i Legenes hus, Legeforeningens ombygde hovedkvarter på Christiania Torv i sentrum av Oslo. Som ordinær møteplass for medlemsmøter ble valgt Bjærget, Legeforeningens kantineområde. Fra samme tid er styremøter og redaksjonsmøter i *Michael* også holdt i Legenes hus som er Selskapets forretningsadresse.

Onsdag 15. september 2021 kl 19:15

Medisinske møteplasser gjennom to århundrer

Det var ca. 40 deltakere på møtet som ble avsluttet med formelt årsmøte med valg og fastsettelse av nye vedtekter. Program:

Anne-Karin Rime, president i Den norske legeforening: Velkommen til Legenes hus.

Øivind Larsen, professor emeritus, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Å treffes for å lære - en medisinsk møteplass finner sin form 1833–1846.

Per Haave, historiker, statsstipendiat og forsker ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Vi sultefører skammelig de forsorgsunderstøttede». Stormfulle møter i Det norske medicinske Selskab.

Are Brean, sjefredaktør, Tidsskrift for Den norske legeforening: Tidsskriftet som medisinsk møteplass.

Onsdag 20. oktober 2021 kl 19:15

Hvordan samarbeider leger og sykepleiere i 2021?

Innledere var Lill Sverresdatter Larsen, ph.d, forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund og Stig Müller, overlege ph.d. Akershus universitetssykehus.

Det var 23 deltakere

Onsdag 17. november 2021 kl 19:15

Demens

Møtet ble holdt i møterom Hippokrates i Legenes hus med vel 50 deltakere.

Program:

Per Brodal, professor emeritus, Universitetet i Oslo: Aldring og hjernen. Myter og realiteter.

Tormod Fladby, avdelingsleder, Nevrologisk avdeling, Akershus universitetssykehus og professor II, Universitetet i Oslo: Alzheimers sykdom. Implikasjoner av ny diagnostikk og behandling.

Onsdag 8. desember 2021, kl. 18:00

Christen Smith – lege, botaniker og vår første professor i økonomi

Årets julemøte ble arrangert i Oslo Katedralskole med påfølgende bespisning i Katedralskolens kantine og var knyttet til lanseringen av Michael nr. 4/2021. Det var vel 50 deltakere. Program:

Ole Georg Moseng, professor, Universitetet i Sørøst-Norge: Teori og praksis i Christen Smiths samtid

Charlotte Sletten Bjorå, botaniker og førsteamanuensis ved Naturhistorisk museum, Universitetet i Oslo: Professor Christen Smiths reise til Kongo

Merethe Roos, professor, Universitetet i Sørøst-Norge og professor II, Universitetet i Bergen: Christen Smith som opplysningstenker

Ernst Bjerke, samlingsforvalter, Oslo katedralskole: Christen Smith og biblioteket ved Oslo katedralskole.

Selskapets styre 2022-2023

Styret i Det norske medisinske Selskab for de neste to år ble valgt under årsmøtet 15. september 2021.

Styreleder: Magne Nylenna

Styremedlemmer: Øivind Larsen, Stein A Evensen, Frøydis Langmark, Arvid Heiberg, Kristine Lillestøl, Erlend Hem

Varamedlemmer: Merethe Roos, Jørgen Valeur

Selskapets styre fungerer også som legatstyrer for Dr. Alexander Malthes legat til beste for yngre leger og Ragnhild og August Gillums legat.

Astrid Nylenna (astrid@dnms.no) er sekretær, og regnskapet ivaretas av Janniche Fjeldstad Jensen, Vekstra, Hadeland Regnskap AS, Gran. Styreleder og styremedlem Arvid Heiberg har samarbeidet tett med Formuesforvaltning AS v/ Mats Amundsen om Selskapets og legatenes finansielle forhold. Revisor er BDO, Gjøvik.



Møtet om demens 17. november 2021 ble holdt i møterom Hippokrates i Legenes hus, og var godt besøkt. I første rekke sees fra venstre møteleder Frøydis Langmark og foredragsholderne Per Brodal og Tormod Fladby. Stående Magne Nylenna. Foto: Øivind Larsen.

Nye vedtekter

Selskapets vedtekter ble revidert i årsmøtet 15. september 2021 og lyder nå slik:

§ 1 Foreningens navn er Det norske medisinske Selskab, kortform Medisinsk selskap (heretter: Selskapet).

§2 Formål

Selskapet er en frittstående akademisk forening som har til formål å utvikle, formidle og diskutere temaer innen medisin, helse og helsetjenester.

Formålet kan oppnås gjennom

- Regelmessig møteaktivitet
- Seminarer og faglige ekskursjoner
- Utgivelse av tidsskriftet *Michael*
- Rådgivning, veiledning og undervisning
- Forvaltning av forskningsmidler

Aktivitetene kan utføres i samarbeid med andre.

§3 Organisasjonsform

Det norske medisinske Selskab er en selvstendig juridisk person med medlemmer og er selveiende. At Selskapet er selveiende, innebærer at ingen, verken medlemmer eller andre, har krav på Selskapets formue eller eiendeler eller er ansvarlig for gjeld eller andre forpliktelser.

§4 Medlemmer

Medlemskap i Selskapet er åpent for alle. Medlemskap tegnes slik styret bestemmer, og er løpende så lenge fastsatt kontingent betales innen rett tid. Æresmedlemmer utnevnes av årsmøtet etter innstilling fra styret.

§5 Rettigheter og plikter knyttet til medlemskapet

Alle medlemmer har rett til å delta på årsmøtet, har stemmerett og er valg-
bare til tillitsverv.

§6 Årsmøte

Årsmøtet, som holdes hvert år, er Selskapets høyeste myndighet.

Årsmøtet kunngjøres av styret med minst en måneds varsel. Forslag som ønskes behandlet på årsmøtet, skal være sendt til styret senest tre uker før årsmøtet. Fullstendig sakliste skal være tilgjengelig for medlemmene senest en uke før årsmøtet. Årsmøtet kan ikke behandle forslag som ikke er oppført på saklisten. Årsmøtet er vedtaksdyktig med det antall medlemmer som er til stede ved møtet. Årsmøte kan også avholdes digitalt, men da på en plattform der deltakerne identifiseres og registreres. Hvert medlem har én stemme. Stemmegivning kan ikke skje ved fullmakt. Møteleder og referent velges av årsmøtet. Med mindre annet er bestemt, skal et vedtak, for å være gyldig, være truffet med alminnelig flertall av de avgitte stemmene. Stemmelikhet avgjøres ved loddtrekning.

§7 Årsmøtets oppgaver

Årsmøtet skal

- behandle årsmelding
- behandle revidert regnskap
- behandle innkomne forslag
- fastsette kontingent
- velge styreleder, styremedlemmer og ev. varamedlemmer

§8 Ekstraordinære årsmøter

Ekstraordinære årsmøter blir avholdt når styret bestemmer det eller når minst 1/3 av medlemmene krever det. Innkalling skjer på samme måte som for ordinære årsmøter med minst 14 dagers varsel.

Ekstraordinært årsmøte kan bare behandle og ta avgjørelse i de sakene som er kunngjort i innkallingen.

§9 Styret

Selskapet har et styre på sju medlemmer. Styrets medlemmer har en funksjonstid på to år, og kan gjenvelges. Ett styremedlem representerer tidsskriftet Michaels redaksjon. Styret ivaretar Selskapets drift og er høyeste myndighet mellom årsmøtene. Styret skal holde møte når styreleder eller et flertall av styremedlemmene forlanger det. Styret forbereder saker til årsmøtet og fungerer som valgkomité. Styret kan fatte vedtak når et flertall av styrets medlemmer er til stede. Vedtak fattes med flertall av de avgitte stemmene.

§ 10 Tidsskriftet *Michael*

Selskapet utgir tidsskriftet *Michael*, som redigeres etter Redaktørplakaten. Redaktør utpekes av styret. Redaksjonskomité utpekes av redaktør.

§11 Signaturrett

Styreleder og et styremedlem i fellesskap har signaturrett. Styreleder alene har prokura.

§12 Vedtektsendring

Endringer av vedtektene kan bare gjøres på ordinært eller ekstraordinært årsmøte, og det kreves 2/3 flertall av de avgitte stemmene.

§13 Oppløsning

Oppløsning av Selskapet kan bare behandles på årsmøtet etter innstilling fra styret, og krever 2/3 flertall i to påfølgende årsmøter. Selskapets formue og eiendeler skal etter oppløsning og gjeldsavleggelse tilfalle Selskapets formål, ved at nettoformuen blir gitt til en ideell organisasjon etter årsmøtets bestemmelse. Ingen medlemmer har krav på Selskapets eiendeler, midler eller andel av disse.

Michael

Tidsskriftet *Michael* publiserte fire ordinære utgaver både i 2020 og i 2021. Dessuten ble det publisert to supplementer i 2020 og tre i 2021. Redaktører av *Michael* er Øivind Larsen, Erlend Hem og Magne Nylenna. Merethe Roos og Ole Georg Moseng var gjesteredaktører for temaheftet om Christen Smith, *Michael* 4/2021.

4/2020 *Koleraen i 1853 – et aktuelt gjensyn*

1/2021 *Makt og mangfold*

2/2021 *Fysioterapihistorie*

3/2021 *Medisinske møteplasser*

4/2021 *Christen Smith – botaniker, økonom og lege*

Supplement 26 Hem E, Nylenna M, red. *Helsespråk*

Supplement 27 Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. *Professor Frederik Holst og hans drogesamling*

Supplement 28. Botten G, red. *Mangfold og engasjement i ti år – Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo 2010–2020*

Litteratur

1. Nylenna M. Selskapets første digitale arrangement. *Michael* 2021; 18: 139.
2. Hansen LIK. Koleraen i Christiania i 1853. *Michael* 2020; 17: 661–911.
3. Hem E, Nylenna M, red. *Helsespråk*. *Michael* 2021; 18: Supplement 26.
4. Paulsen BS, Vaalund A, Larsen Ø. Professor Frederik Holst og hans drogesamling. *Michael* 2021; 18: Supplement 27.
5. Larsen Ø. Blomst på graven – nå vet vi mer om Frederik Holst (1791–1871). *Michael* 2021; 18: 364–365.

Magne Nylenna

magne@nylenna.no

Det norske medicinske Selskab

Magne Nylenna er styreleder i Det norske medicinske Selskab

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769-1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.
7. *Michael's* editors are appointed for a period of three years among the members of The Norwegian Medical Society by its Board. Reappointments are allowed. The editors may supplement themselves by editorial members from collaborating associations and appoint ad hoc editors for special issues.

Editors:

Professor Øivind Larsen
Professor Magne Nylenna
Professor Erlend Hem
Dr. Astrid Nylenna (secretary)

Editorial board:

Professor Stein A. Evensen
Professor Jan Frich
Professor Christoph Gradmann
Professor Arvid Heiberg
Director Frøydis Langmark
Dr. Kristine Lillestøl

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 500 (2022)

ISSN 1893-9651

Retur: Tidsskriftet *Michael*, Boks 1152 Sentrum, N-0107 OSLO

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004