
Et fargerikt legefelleskap

LEGELIVET

OLAF GJERLØW AASLAND

olaf2306@gmail.com

En stor del av de yrkesaktive legene i Norge er utdannet i utlandet, også de etnisk norske. De representerer et mangfold av kulturer og studiemodeller. Selv om legestudiet er en nødvendig overgang, er det nok først når de møtes som LIS-leger i et tøft legemarked at den norske legeidentiteten blir utformet.



Foto: Einar Nilsen

Blant de ca. 30 000 yrkesaktive legene i Norge var hver sjette lege i januar 2022 utenlandsk statsborger (1). Blant de ca. 5 600 ferskeste legene, de med avsluttende eksamen etter 2015, hadde 54 % studert ved ett av de fire norske universitetene, 20 % i Polen, 8 % i Ungarn, 6 % i Slovakia og 5 % i Danmark. De siste 7 % hadde studert i ett av 27 forskjellige land over hele verden. Antall universiteter og studiemodeller er selvsagt enda større, for eksempel kom de ca. 1 100 legene som studerte i Polen, fra 11 forskjellige polske universiteter (personlig meddelelse, Anders Taraldset). Vårt «legevesen» er med andre ord en internasjonal smeltedigel.

En av grunnene til dette er at Norge i nyere tid ikke har utdannet nok leger til eget bruk. I min legegenerasjon, som nylig har feiret femtiårsjubileum for avsluttende eksamen, var også omtrent halvparten utdannet i utlandet, særlig i Tyskland, Østerrike, Nederland

og Irland. Den gang var det liten forskjell på studieplanene, de fleste hadde et klassisk todelt studieløp med prekliniske studier med pugging av knokler, muskler og andre organer, og så klinisk praksis med sykehusstjeneste og pasientkontakt.

«Det kan se ut som om legemarkedet er så fritt at det nærmest lever sitt eget, uorganiserte liv – uten noen 'usynlig hånd'»

Internasjonalt har ikke legeutdanningen fornyet seg i takt med den globale medisinske utviklingen. Det kan se ut som om legemarkedet er så fritt at det nærmest lever sitt eget, uorganiserte liv – uten noen «usynlig hånd». Hjerneflukt, det at leger utdannet i fattige land med stort legebehov emigrerer til rikere land med bedre legedekning og arbeidsbetingelser, er et økende problem. Dessuten hevdes det at ferdig utdannede leger er dårlig rustet til å møte nåtidens og fremtidens helseutfordringer. Altfor mange unge leger forsvinner dypt inn i en sub-sub-sub-spesialitet.

I en internasjonal rapport fra 2010 er dette godt beskrevet (2). Der lanseres også en nyttig trenivåmodell for utdanningssystemer og reformer, fra det opprinnelig vitenskapsbaserte til det problembasert og opp til det systembaserte. Med systembasert menes her blant annet at studieplanene tar utgangspunkt i aktuelle medisinske utfordringer og ulikheter, og at legene i større grad lærer å samarbeide med andre yrkesgrupper. Med litt velvilje kan alle verdens studieplaner plasseres på ett av disse nivåene, og jeg er redd de aller fleste havner på det laveste, det som egentlig er utdatert. Da ser vi tydeligere hvor lite fremtidsrettet den internasjonale legeutdanningen er. Ikke minst i de østeuropeiske landene, som for tiden er markedstilpassete og populære studiesteder for mange nordmenn, lever medisinstudentene i fortiden. Denne trenivåmodellen dukker faktisk også opp i den nyeste norske utredningen om legeutdanning fra 2019 (3), selv om utvalgets anbefalinger bare delvis våget å gå helt opp til det systembaserte nivået.

Men kanskje er ikke dette så viktig? Hvor stor betydning har egentlig studietidens erfaringer og opplevelser, innenfor og utenfor universitetets vegger, for hva slags lege som gradvis blir formet? Dette vet vi lite om, men mye tyder på at disse 5–6 avgjørende ungdomsårene først og fremst fungerer som en *rite de passage*, en overgangsrite, for å bli opptatt i legelauget. På mitt eget kull var det ikke slik at de eksamensflinke også ble de beste legene. Den medisinske kompetansen, og den personlige legestilen som etter hvert utvikles, er nok i mye større grad avhengig av hva man gjør de første årene etter at man har kommet «innenfor», altså i Norge som LIS-lege, og ikke minst av hvilke rollemodeller man da får. Selv har jeg 2–3 skjellsettende opplevelser fra turnustiden som har bitt seg fast for alltid, og som fikk stor betydning for min kliniske kommunikasjonsform.

I den norske smeltedigelen, der uerfarne nyutdannede leger fra hele verden møtes, hvor flinke er vi til å legge forholdene til rette for nykommerne? For en pensjonistobservatør som meg kan det se ut som om det her er et stort potensial som vi ikke benytter godt nok. Jeg hører rykter om at det faktisk kan være vanskelig for en nyslått lege å få jobb i sitt første møte med et nådeløst legemarked. Greit nok at vi egentlig ønsker å utdanne alle våre leger selv, men her må vi passe på at vi ikke kaster barnet ut med badevannet. Det var tross alt enklere i min tid, da alle studentene, også de som hadde studert i utlandet, fikk sin første jobb ved loddtrekning – for øvrig et godt akseptert virkemiddel i markedsøkonomien.

«Etter min mening er det nødvendig med mer regulering av legemarkedet, både nasjonalt og internasjonalt»

Etter min mening er det nødvendig med mer regulering av legemarkedet, både nasjonalt og internasjonalt. En legeutdanning koster så mye at de som betaler må kunne stille noen krav. Et illustrerende eksempel så jeg selv på Cuba for 20 år siden. Der var det en bevisst overkapasitet på legeutdanningene fordi det også ble tatt inn studenter fra en rekke latinamerikanske land som ikke hadde nok leger selv. Disse fikk «gratis» utdanning, mot at de forpliktet seg til å vende tilbake til hjemlandet etter studiet. Et negativt eksempel så jeg i et annet land jeg kjenner godt: Italia. Der var medisinstudiene helt åpne nesten frem til årtusenskiftet, noe som førte til at det til enhver tid var ca. 30 000 ferdig utdannede leger som ikke fikk legejobb hvis de ikke «kjente noen».

REFERENCES

1. Legeforeningen. Legestatistikk. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/> Lest 17.1.2022.
2. 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. [PubMed][CrossRef]
3. Studieplasser i medisin i Norge: behov, modeller og muligheter. Utredning fra Grimstad- utvalget. Oslo: Kunnskapsdepartementet, 2019. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/studieplasser-i-medisin-i-norge/id2670032/> Lest 17.1.2022.

Publisert: 18. februar 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0045
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 12. juli 2026.