

Rapport 12/2000

Norske medisinstudenter i utlandet

Jannecke Wiers-Jenssen

## Oversikt over NIFU-publikasjoner som berører internasjonal studentmobilitet

Berg Lisbet og Bjørn Stensaker (1997): *Studenter i utlandet. Innblikk i eksisterende teori og empiri*. Oslo, NIFU, Skriftserie nr. 20/97.

Olsen, Heidi (1999): *Internasjonalisering ved de norske høyere utdanningsinstitusjonene. Omfang og organisering av formaliserte institusjonelle aktiviteter*. Oslo, NIFU, Rapport 1/99.

Stensaker Bjørn og Jannecke Wiers-Jenssen (1998): *Utvidet utbytte? Norske studenter i Glasgow, Stockholm, Berlin og København*. Oslo, NIFU, Rapport 5/98.

Wiers-Jenssen, Jannecke (1999): *Utlendighet eller utflukt? Norske studenters vurdering av å studere i utlandet*. Oslo, NIFU, Rapport 9/99.

ISBN 82-7218-439-7

ISSN 0807-3635

GCS AS – Oslo – 2000

© NIFU – Norsk institutt for studier av forskning og utdanning  
Hegdehaugsveien 31, 0352 Oslo

# Forord

Denne rapporten presenterer resultatene fra en undersøkelse blant norske medisinstudenter ved utenlandske læresteder. Dataene er hovedsakelig kvantitative, men det er også supplert med noen kvalitative intervjuer. Prosjektet er finansiert av Legeforeningens forskningsinstitutt. Prosjektleder har vært Jannecke Wiers-Jenssen, som også har skrevet rapporten. Grete Hovland har assistert med utsending av spørreskjema. NIFU-kollegene Per Olaf Aamodt, Bjørn Stensaker og Sverre Try har kommet med konstruktive kommentarer til rapporten i ulike faser av arbeidet. Det samme har Olaf Gjerløw Aasland ved Legeforeningens forskningsinstitutt, og det rettes en takk til alle disse. En takk går også til budsjett- og utredningsgruppen ved Statens Lånekasse for utdanning for samarbeid i forbindelse med trekking av utvalg, utsendelse av spørreskjema og imøtekommenhet ved utallige statistikkforespørsler. Sist men ikke minst rettes en takk til alle de studenter som har tatt seg tid til å delta i undersøkelsen.

Oslo, august 2000

*Petter Aasen*  
*Direktør*

*Liv Anne Støren*  
*Seksjonsleder*



# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>9</b>
1.1	Bakgrunnen for prosjektet .....	9
1.2	Tema og hovedspørsmål.....	9
1.3	Organisering av rapporten.....	13
<b>2</b>	<b>Bakgrunn</b> .....	<b>14</b>
2.1	Tradisjoner for utenlandsstudier .....	14
2.2	Forskning om utenlandsstudenter .....	15
2.3	Norske utenlandsstudenter på slutten av 1990-tallet.....	17
2.4	Norske medisinstudenter i utlandet gjennom tidene .....	19
2.5	Kunne Norge klart seg uten utenlandsmedisinerne? .....	21
2.6	Framtidig arbeidsmarked for leger i Norge .....	23
2.7	Hvor har norske medisinstudenter studert? .....	24
2.8	Opptakskrav og studium i ulike land .....	24
2.9	Godkjenning av medisinsk utdanning fra utlandet.....	27
<b>3</b>	<b>Datamaterialet</b> .....	<b>28</b>
3.1	Populasjon, utvalg og utsending av spørreskjema .....	28
3.2	Oppslutning om undersøkelsen .....	28
3.3	Spørreskjemaet.....	30
3.4	Andre datakilder .....	31
3.5	Styrker og svakheter ved datamateriale og framstilling.....	32
<b>4</b>	<b>Studentenes bakgrunn</b> .....	<b>34</b>
4.1	Kjønn, alder og tidligere studieerfaring.....	34
4.2	Studieland.....	34
4.3	Studietilknytning og -nivå .....	36
4.3.1	Skifte av lærested underveis i studiet .....	37
4.4	Karakterer fra videregående skole.....	37
4.4.1	Gjenopptak av eksamener fra videregående skole .....	38
4.5	Familietradisjoner, nettverk og egen utlandserfaring.....	39
4.6	Informasjon og søknadsprosess.....	41
4.6.1	Informasjonskilder.....	41
4.6.2	Søknadsprosessen .....	42
4.7	Sosial bakgrunn.....	43
4.7.1	Foreldrenes utdanningsnivå .....	44
4.7.2	Selvrekruttering.....	46
4.7.3	Foreldrenes samlede inntekt .....	47
4.8	Oppsummering om bakgrunn.....	48

<b>5</b>	<b>Begrunnelser for valg av studiested og studium.....</b>	<b>49</b>
5.1	Hvorfor studere i utlandet? .....	49
5.2	Valg av studieland.....	52
5.2.1	Alternative studieland.....	54
5.3	Valg av universitet.....	55
5.4	Hvorfor studere medisin?.....	56
5.4.1	Andres påvirkning på beslutningen om å studere medisin ...	59
5.5	Oppsummering om valg av studiested og studium .....	60
<b>6</b>	<b>Språklig, kulturell og sosial tilpasning.....</b>	<b>62</b>
6.1	Hvor lang tid tar det å tilpasse seg? .....	62
6.2	Sosialt nettverk .....	65
6.2.1	Forklaringer på manglende kontakt mellom norske og ungarske studenter .....	66
6.3	Generell tilfredshet.....	67
6.4	Hvor mange ville helst studert i Norge? .....	69
6.5	Oppsummering om tilpasning og integrasjon .....	70
<b>7</b>	<b>Faglig mestring og tilfredshet med lærestedet.....</b>	<b>71</b>
7.1	Faglige prestasjoner i forhold til medstudenter .....	71
7.1.1	Ulikheter mellom norske studenter og vertslandets studenter.....	74
7.2	Studieinnsats og tidsbruk.....	76
7.2.1	Tidsbruk i forhold til andre norske studenter .....	77
7.2.2	Krav til studieinnsats.....	77
7.2.3	Tidsbruk i forhold til vertslandets studenter.....	78
7.2.4	Stryk til eksamen .....	79
7.3	Teoretiske og praktiske medisinske ferdigheter.....	79
7.4	Tilfredshet med lærestedet .....	80
7.3.2	Forventninger og anbefalinger .....	81
7.3.3	Tilfredshet med undervisningskvalitet –tilbud og -miljø .....	82
7.5	Oppsummering om faglig mestring og tilfredshet.....	84
<b>8</b>	<b>Økonomiske rammer.....</b>	<b>86</b>
8.1	Støtte fra Lånekassen.....	86
8.2	Studieavgifter .....	87
8.3	Finansieringskilder .....	87
8.3.1	Hvordan finansieres høye studieavgifter? .....	88
8.4	Relativ økonomi .....	89
8.5	Er det dyrt å studere medisin i utlandet?.....	90

<b>9</b>	<b>Utvidet utbytte .....</b>	<b>91</b>
9.1	Faglig utbytte og syn på arbeidsgiveres vurderinger .....	91
9.1.1	Synet på faglige fordeler og ulemper ved å studere i Ungarn.....	92
9.1.2	Synet på arbeidsgiveres vurdering av utenlandsstudier .....	93
9.2	Andre fordeler og ulemper ved utenlandsstudier .....	94
9.3	Framtidig arbeidsland .....	97
9.3.1	Framtidig arbeidsland i forhold til andre utenlands studenter .....	98
9.4	Endret syn på Norge.....	100
9.5	Oppsummering om positive og negative sider ved utenlandsstudier .....	103
<b>10</b>	<b>Karriereplaner .....</b>	<b>105</b>
10.1	Karriere(-preferanser) blant leger og medisinstudenter i Norge ....	105
10.2	Stillingsønsker .....	106
10.3	Spesialiseringsønsker .....	108
10.4	Planer om spesialisering og doktorgrad .....	109
10.5	Hvor mye ønsker studentene å arbeide? .....	110
10.6	Studentenes preferanser og arbeidsmarkedets behov .....	111
<b>11</b>	<b>Oppsummering og avsluttende diskusjon.....</b>	<b>113</b>
11.1	Hovedfunn .....	113
11.2	Dimensjoneringspolitikk og økonomi.....	116
11.3	Kompetanse, studiekvalitet og mangfold.....	118
11.4	Studentenes perspektiv .....	120
11.5	Avslutning.....	120
	<b>Litteratur.....</b>	<b>122</b>
	<b>Tabelloversikt .....</b>	<b>129</b>
	<b>Figuroversikt.....</b>	<b>132</b>
	<b>Vedlegg 1 Tabeller .....</b>	<b>133</b>
	<b>Vedlegg 2 Spørreskjema .....</b>	<b>145</b>





# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunnen for prosjektet

NIFU gjennomførte i perioden 1996-1999 et forskningsprosjekt om norske studenter i utlandet på oppdrag av Kirke-, undervisnings- og forskningsdepartementet (KUF). Målsettingen var å øke den generelle kunnskapen om nordmenn som tar utdanning i utlandet. Dette er en gruppe som i liten grad har vært gjenstand for forskning, til tross for at nordmenn har lange tradisjoner for å reise ut for å studere, og at utenlandsstudentene utgjør en relativt stor andel av den totale studentmassen. Det ble foretatt en litteraturstudie (Berg og Stensaker 1997), en kvalitativ intervjuundersøkelse (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998) og en postal spørreskjemaundersøkelse (Wiers-Jenssen 1999).

På 1990-tallet ble det gjennomført en rekke kvantitative studier av medisinstudenter i Norge (Wiers-Jenssen 1994, Wiers-Jenssen, Vaglum og Ekeberg 1995, 1997, Vaglum, Ekeberg og Wiers-Jenssen 1999, Wiers-Jenssen og Aasland 1999), med utgangspunkt i den såkalte Legekårsundersøkelsen (Aasland og Falkum 1994). I forbindelse med disse studiene ble det diskutert å inkludere medisinstudentene i utlandet, men av praktiske hensyn ble ikke dette gjort. I forkant av at NIFU igangsatte den kvantitative delen av studien om utenlandsstudenter, tok vi kontakt med Legeforeningens forskningsinstitutt med tanke på et samarbeid om en egen studie av medisinstudenter. Det ble inngått en avtale om at NIFU skulle samle inn data om norske medisinstudenter i utlandet parallelt med datainnsamlingen til undersøkelsen av utenlandsstudenter generelt.

Medisinstudentene ble stilt de samme spørsmålene som andre utenlandsstudenter, i tillegg besvarte de en rekke spørsmål som tidligere hadde blitt stilt til medisinstudenter i Norge. Hovedtyngden av datainnsamlingen skjedde gjennom en omfattende postal spørreskjemaundersøkelse gjennomført i studieåret 1998/99. Det er også foretatt kvalitative intervjuer av medisinstudenter i Budapest (1999) og Berlin (1997). Denne rapporten er i hovedsak finansiert av Legeforeningens forskningsinstitutt, men trekker også veksler på det KUF-finansierte arbeidet som er utført i forbindelse med prosjektet om utenlandsstudenter generelt.

## 1.2 Tema og hovedspørsmål

Norske studenter i utlandet er et tema det har vært forsket relativt lite på, og de studiene som foreligger er stort sett av eldre dato. Det finnes heller ikke mye informasjon spesifikt om medisinstudentene som studerer ute.

Lånekassen har ført statistikk over omtrent *hvor mange* de har vært, og det finnes historikk om hva som ligger til grunn for at nordmenn i økende grad søkte seg til utlandet for å studere medisin etter andre verdenskrig. Torstein Bertelsen (1996, 1998) er blant de få som har tatt for seg utenlandsmedisinernes historie. Det foreligger imidlertid lite systematisert kunnskap om tilværelsen som utenlandsstudent sett fra studentenes perspektiv. Studentene har ikke vært gjenstand for undersøkelser som spør om hvorfor de reiser ut, hva som ligger til grunn for valg av lærested, hvor tilfredse de er med utbyttet av utenlandsoppholdet eller lignende. Vi vet heller ikke mye om de skiller seg fra medisinstudenter i Norge, for eksempel når det gjelder sosial bakgrunn eller planer for yrkeskarriere.

Det har derfor vært en målsetting å gå bredt ut, og undersøke mange sider ved å studere medisin i utlandet. Vi har ønsket å kartlegge både forhold som lå til grunn før studentene reiste ut, trivsel og tilfredshet med nåværende utdanningssituasjon og framtidsperspektiver i form av karriereplaner etter endt utdanning. Etersom rapporten dekker mange tema, vil fokus i denne omgang ligge på kartlegging og dokumentasjon, framfor inngående analyser av hvert enkelt tema. Nedenfor gjøres det rede for rapportens tema og problemstillinger i form av en del sentrale spørsmål.

### ***Motiver og begrunnelser for valg av medisinstudier i utlandet***

Det er en utbredt forestilling at de som reiser til utlandet for å studere medisin, har valgt utlandet utelukkende fordi de har for dårlige karakterer til å komme inn i Norge. I hvilken grad samsvarer denne myten med realitetene? Vi ønsker å kartlegge studentenes begrunnelser for å reise utenlands for å studere medisin, og hvilke faktorer de la vekt på da de skulle velge studieland og universitet. Blant annet ønsker vi å få kunnskap om i hvilken grad betraktninger om studiekvalitet, økonomiske rammer, språklige og kulturelle hensyn virker styrende på valg av land og utdanningsinstitusjon. Dette kan oppsummeres i følgende hovedspørsmål:

- Reiser medisinstudentene ut fordi de ikke kommer inn i Norge, eller er det andre forhold som spiller inn?
- Har utenlandsstudenter prøvd å komme inn på studiet i Norge?
- Hvordan er deres karakternivå fra videregående skole?
- Hva ligger til grunn for valg av studieland?
- Hva ligger til grunn for valg av utdanningsinstitusjon?
- Hvorfor ønsker de å studere medisin?

### ***Sosial bakgrunn***

En annen forestilling om utenlandsstudenter generelt er at de har svært høy sosial bakgrunn. Når det gjelder medisinstudenter, er det slik at de som studerer i Norge også har svært høy sosial bakgrunn, og det er vans-

kelig å tenke seg at de som studerer i utlandet kan ha særlig høyere sosial bakgrunn enn dette. Vi ønsker likevel å kartlegge:

- Hvordan er den sosiale bakgrunnen til medisinstuderer i utlandet - sammenlignet med medisinstuderer i Norge og med andre utenlandsstuderer?

### *Tilpasning og integrasjon*

Et utenlandsstudium medfører utfordringer på mange plan. Man står overfor en ny kultur, et fremmed språk, og man må bygge et nytt sosialt nettverk. Vi ønsker å få vite noe om hvordan de norske medisinstudentene mestrer denne tilpasningsprosessen gjennom følgende spørsmål:

- Bruker de lang tid på å tilpasse seg tilværelsen som utenlandsstuderer?
- Hvordan er studentenes sosiale nettverk? I hvilken grad omgås de nordmenn, andre utenlandsstuderer og studenter fra vertslandet, og i hvilken grad påvirker nettverket tilpasning og trivsel?

### *Mestring av studiene*

Studentene møter også andre undervisnings- og eksamensformer enn det de er vant med. Medstudentene har kanskje andre forkunnskaper enn dem selv, og forventningene til studieinnsats kan være annerledes. Sentrale spørsmål innenfor dette temaet er:

- Hvordan mestrer de studiene?
- Hvor mye tid går med til studierelaterte aktiviteter? Hvordan er studieinnsatsen i forhold til vertslandets studenter og i forhold til medisinstuderer i Norge?
- Er det sammenheng mellom karakterer fra videregående skole i Norge og (selvvurderte) prestasjoner?
- I hvilken grad mestrer de ulike medisinske ferdigheter?

### *Trivsel og tilfredshet med lærestedet*

Fra en tidligere studie vet vi at medisinstudentenes valg av lærested er preget av tilfeldigheter, og at universitetet de går på ofte ikke var deres førstevalg (Wiers-Jenssen 1999). Det er derfor interessant å få vite noe om i hvilken grad de trives med lærestedet og undervisningen, og hvorvidt de finner kvaliteten tilfredsstillende, kort sagt:

- Hvordan vurderer de kvaliteten på lærestedet og ulike sider ved på undervisnings- og studieforhold?

## *Økonomi*

I noen land er medisinstudiet gratis, mens studieavgiftene andre steder er opp til 200 000 kroner per år. Hovedspørsmålene når det gjelder økonomi er som følger:

- Hvordan er de økonomiske rammene for nordmenn som vil studere medisin i utlandet?
- Hvordan finansierer de studiene?

## *Utbytte utover det rent faglige*

Ved å oppholde seg i utlandet over en lengre periode, eksponeres man for muligheten til å tilegne seg kunnskap og erfaringer ut over det rent akademiske. Man møter en ny kultur, man må forholde seg til et annet språk og man lærer forhåpentligvis noe om det samfunnet man lever i. Dette kan føre til at man også ser på Norge med nye øyne. Man treffer nye mennesker og man står overfor en rekke utfordringer som kan gi grunnlag for personlig vekst. Fra andre studier av utenlandsstudenter vet vi at denne form for tilleggskunnskap og –erfaringer er noe studentene oppfatter som svært verdifullt (Wiers-Jensen 1999, Stensaker og Wiers-Jensen 1998, Opper, Teichler og Carlson 1990). Sentrale spørsmål er:

- I hvilken grad oppfatter medisinstudentene språk- og kulturkunnskap som viktig?
- I hvilken grad oppfatter de forhold som personlig vekst og nye vennskapsbånd/kontakter som viktige?
- Endrer utenlandsoppholdet studentenes oppfatninger om samfunnsforhold i Norge? I tilfelle hvordan?

## *Ulemper ved utenlandsstudier*

Å studere i utlandet kan også ha praktiske, sosiale og emosjonelle omkostninger. Distansen fra Norge kan blant annet medføre savn av familie og venner. Vi ønsker å se på:

- I hvilken grad opplever medisinstudentene at det er ulemper ved å studere i utlandet, og hvor betydelige er eventuelle ulemper?

## *Framtidsplaner*

Hva vil studentene gjøre når utdanningen er avsluttet? De fleste må hjem for å ta turnustjenesten, men hvilke planer har de utover den? Gjennom tidligere studier har vi god informasjon om karriereplanene til dem som studerer i Norge, og det vil være interessant å se i hvilken grad utenlandsmedisinernes planer skiller seg fra disse.

- Ønsker de å returnere til Norge for å arbeide, eller satser de på en internasjonal karriere?

- Hva slags stilling og spesialisering ønsker de seg?
- Har kjønn betydning for stillings- og spesialiseringspreferanser?
- Skiller utenlandsmedisinerne seg fra dem som studerer i Norge når det gjelder karriereplaner?
- Hvordan er karriereplanene i forhold til arbeidsmarkedets behov?

### **1.3 Organisering av rapporten**

I neste kapittel vil vi presentere litt teori og bakgrunnsinformasjon om utenlandsstudier generelt, og medisinstudier (i utlandet) spesielt. Der vil det gis utdypning av bakgrunnen for noen av de spørsmål og hypoteser som presenteres i rapporten. Relevant tidligere forskning vil også bli trukket inn underveis. I kapittel tre vil vi redegjøre for utvalg og datamateriale, og gjøre noen metodiske betraktninger. Resultatpresentasjonen starter i kapittel fire, der vi skal se på studentenes bakgrunn. Kapittel fem belyser motiver for å studere i utlandet, og hvilke faktorer som ligger til grunn for valg av studieland og universitet. Vi vil også se litt på motivene for å velge medisinstudiet generelt. Kapittel seks omhandler sosial, kulturell og språklig tilpasning, mens kapittel sju fokuserer på trivsel og tilfredshet med lærestedet. Kapittel åtte omtaler kort de økonomiske rammene for medisinstudenter i utlandet, mens kapittel ni er viet fordeler og ulemper ved utenlandsstudier (utover det akademiske). I kapittel ti ser vi på medisinstudentenes karriereplaner, med fokus på stillings- og spesialitetspreferanser. Hvert kapittel har et oppsummeringsavsnitt. Til slutt blir hovedresultatene kort oppsummert og diskutert i kapittel elleve. Resultatene er i hovedsak presentert i form av enkle tabellanalyser. En del av de resultater som refereres i teksten presenteres som tabeller/figurer i vedlegg. Oversikt over tabeller- og figurer finnes i slutten av rapporten.

## 2 Bakgrunn

I dette kapittelet skal vi forsøke å sette utenlandsstudier i perspektiv. Først skal vi se litt på utenlandsstudier generelt, før vi kort går gjennom foreliggende kunnskap om norske tradisjoner for å studere medisin i utlandet. Vi vil også kort skissere opptakskrav og studieforhold i de landene der det er mange nordmenn som studerer medisin i dag.

### 2.1 Tradisjoner for utenlandsstudier

Utdanningssøkende har forflyttet seg over betydelige geografiske distanser så lenge det har eksistert læresteder for høyere utdanning. De første slike læresteder hevdes å ha oppstått i India ca 1500 år f.kr. (Bie 1974;7). De kinesiske, greske romerske og bysantinske imperier var også riker med læreanstalter som tiltrakk seg studenter langveisfra. Utenlandsstudier er med andre ord noe som har foregått i lang tid. Nordmenn har også lange tradisjoner for å studere i utlandet. Fram til Universitetet i Oslo ble opprettet i 1811 fantes det ingen høyere utdanningsinstitusjon i Norge, og det var derfor nødvendig å reise ut hvis man skulle studere. I perioden fra reformasjonen og fram til Universitetet i Oslo ble opprettet, var det Universitetet i København som var den viktigste utdanningsinstitusjon for norske akademikere (Bie 1974; 16). I tiden Norge var i Union med Danmark hadde universitetet i København posisjon som universitetsby for hele unionen.

Men også etter at Norge fikk sitt eget universitet fortsatte nordmenn å reise ut for å studere, noe som må ses i sammenheng med at fagtilbudet var begrenset. Selv da Norge etter hvert fikk et utdanningstilbud innenfor de fleste studieretninger, fortsatte nordmenn å studere i utlandet. Begrunnelsene for å reise ut ble mindre knyttet til begrensinger i *tilbud* og mer til begrensinger i *kapasitet*. Studentene fortsatte å strømme utenlands for å studere fagområder der det var for få studieplasser i Norge. Etter annen verdenskrig var det særlig merkantile fag, ingeniørfag, arkitektur, odontologi og medisin som var populære å studere ute (Bie 1974; 25). Med unntak av arkitektur, og til en viss grad odontologi, er de nevnte fagområdene fortsatt svært populære å studere utenlands. I tillegg er det blitt vanlig å ta helsefagutdanninger som sykepleie og fysioterapi i utlandet, og det har også vært en særlig sterk økning i andelen som tar ulike kunstfagutdanninger ved utenlandske læresteder.

Internasjonal studentmobilitet preges av studentstrømmer som går *fra* land som er perifere, i språklig, økonomisk eller politisk forstand, *til* land som har en mer sentral posisjon. USA, Storbritannia, Frankrike og Tyskland er de største importørene av studenter, mens Kina, Japan, Korea

og Hong Kong er de største eksportørene (Cummings 1991, UNESCO 1995). De land som eksporterer flest studenter i forhold til folketallet finner vi i Sørøst-Asia og i Midtøsten. Men også Norge er en klar nettoeksportør av studenter. Andelen utenlandsstudenter av det totale studenttall har de siste 25 år ligget rundt seks prosent (Berg og Stensaker 1997; 34). Dette er langt høyere enn de fleste andre europeiske land. At Norge har en høy andel studenter i utlandet har flere årsaker. Dels skyldes det dimensjoneringspolitikk og kapasitetsbegrensninger i det norske utdanningssystemet. Dels skyldes det at behovet for arbeidskraft med internasjonal erfaring erkjennes av både studenter, arbeidsliv og myndigheter. Myndighetene bidrar til å legge til rette for utenlandsstudier gjennom gunstige studiefinansieringsordninger kanalisert gjennom Lånekassen. Det kan også nevnes at norske læresteder bidrar til internasjonalisering gjennom en rekke bi- og multilaterale studentutvekslingsavtaler med utenlandske læresteder (Olsen 1999).

## **2.2    Forskning om utenlandsstudenter**

Mye av den internasjonale litteraturen omkring utenlandsstudenter har begrenset relevans for norske studenters situasjon og denne rapportens innfallsvinkel. Perspektivene har ofte vært av institusjonell karakter og på makronivå (se for eksempel Högskoleverket 1997, Fry 1984). Det finnes en rekke studier av mobilitetsmønstre og internasjonale studentstrømmer (Gordon og Jallade 1996, Haug 1996, Teichler, 1996, Barnett og Wu 1995, Cummings 1991), men disse setter i liten grad fokus på studentenes perspektiver. De studiene som analyserer studentenes erfaringer er ofte kvalitative, eller basert på et lite utvalg studenter, og resultatene kan i liten grad generaliseres. Mange av dem tar dessuten opp forhold som i særlig grad berører studenter som reiser fra utviklingsland til industriland, som for eksempel rasediskriminering og kultursjokk (Volet & Renshaw 1995, Furnham 1986, Tajfel and Dawson 1965).

Innenfor medisinske og psykologiske forskningstradisjoner har det vært foretatt studier som ser på utenlandsstudenters mentale helse. Utgangshypotesen har gjerne vært at emigrasjon, kombinert med generelt psykisk stress knyttet til høyere utdanning, kan føre til svekket psykisk helse. Furnham og Treize (1983) tilbakeviser en slik sammenheng. De mener at de som reiser ut er motiverte og modne, og derfor i stand til å takle de påkjenninger et utenlandsstudium medfører.

Større kvantitative undersøkelser av utenlandsstudenter er særlig foretatt som evalueringer av organiserte utvekslingsprogrammer innen EU (Se f.eks. Opper, Teichler og Carlson 1990, Maiworm og Teichler 1996, European Commission 1999). Dette er studenter som kun tar en del av utdanningen sin i et annet land, og fokus er ofte rettet mot tilfredshet med til-

retteleggingstiltak m.m. Videre er det foretatt to større studier av utenlandsstudenter i Sverige. Den ene er foretatt blant kundene til Centrala Studiestødnadsnemden (Sveriges svar på Lånekassen) (CSN 1995). Resultatene viser blant annet at den viktigste årsaken til at svenske studenter reiser ut for å studere er at de ønsker å studere i et internasjonalt miljø. Relativt få oppga at de reiste ut fordi de ikke fikk plass på ønsket utdanning i Sverige. Studentene er fornøyd med utbyttet av studiene, både på det akademiske og det personlige plan. En studie med fokus på *effektene* av utenlandsstudier, foretatt blant hjemvendte utenlandsstudenter, viser at studentene også i retrospektivt perspektiv mener de har hatt utbytte av oppholdet (Zadeh 1999). En del av de erfaringene de gjorde seg, synes imidlertid mer anvendbare i privatlivet enn i jobberelaterte sammenhenger.

Som nevnt er det ikke foretatt særlig mange studier av norske utenlandsstudenter, før NIFU satte i gang forskning på dette temaet på slutten av 1990-tallet. Systematisert kunnskap om denne gruppen har fram til nå hovedsakelig foreligget i form av Lånekassens statistikk. Det finnes imidlertid enkelte unntak. Bie (1974) har foretatt en undersøkelse som fokuserer på norske studenters akademiske prestasjoner på britiske universiteter i 1950 og 1960-årene. Resultatene viser at de faglige prestasjonene generelt var gode, til tross for at et flertall hadde et karaktersnitt fra gymnaset som var for lavt til å komme inn på tilsvarende utdanning i Norge. Sanderson (1988) har foretatt en undersøkelse om norske ingeniører som tok sin utdanning i Skottland i perioden 1945-80. Hun finner blant annet at det har skjedd en endring i begrunnelsene for å reise ut. Tidligst i perioden reiste studentene ut på grunn av kapasitetsproblemer i Norge. Senere i perioden fant hun en økt bevissthet omkring betydningen av språkkunnskaper, internasjonal erfaring etc. Bertelsen (1996, 1999) har tatt for seg de norske medisinstudentene som har studert utenlands etter andre verdenskrig. Perspektivet er historisk, med fokus på den politikk som la hindringer for muligheten til å studere utenlands i de første etterkrigsårene.

Studentenes egne vurderinger av utenlandsstudiene har vært gjenstand for undersøkelse i to tidligere NIFU-rapporter. Den ene er basert på et førtitalls kvalitative intervjuer med norske studenter i Glasgow, Stockholm, Berlin og København (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998). Flere av hovedtemaene er de samme som i denne rapporten, eksempelvis hvorfor studentene valgte å dra ut, hvordan de trives og hvilket akademisk og personlig utbytte de har. Perspektivet er imidlertid mer *proessorientert*, særlig i behandlingen av tema som informasjonsinnhenting, søknad og tilpasning til en ny studie- og livssituasjon. På bakgrunn av erfaringer fra den kvalitative studien, ble det gjennomført en omfattende spørreskjemaundersøkelse blant et utvalg utenlandsstudenter på alle fagområder (Wiers-Jenssen 1999). Tema var blant annet motiver for å studere i utlandet,



språklig kulturell og sosial tilpasning, faglig mestring og trivsel, akademisk og utenomakademisk utbytte - med andre ord mange av de samme tema som behandles i denne rapporten. Resultater fra undersøkelsen av utenlandsstudenter generelt vil hyppig bli benyttet som sammenligningsgrunnlag i denne rapporten om medisinstudenter. Noen av hovedkonklusjonene fra den generelle studien blir oppsummert i neste avsnitt.

## **2.3 Norske utenlandsstudenter på slutten av 1990-tallet**

En NIFU-rapport om utenlandsstudenter viser at utenlandsstudentene har samlet sett noe høyere sosial bakgrunn enn dem som studerer i Norge (Wiers-Jenssen 1999). Dette må ses i sammenheng med at mange tar utdanninger som tradisjonelt rekrutterer studenter fra høyere sosiale lag også i Norge, så som medisin, sivilingeniør- og siviløkonomstudier. Mange har et høyt karaktersnitt fra videregående skole. Dette gjelder særlig dem som studerer medisinske fag, men også blant dem som studerer realfag/teknologi og samfunnsfag/humaniora finner vi en betydelig andel med toppkarakterer. Mange studenter har internasjonale kontaktpunkter, enten ved at de selv har et utenlandsopphold bak seg, eller at de har nær familie som tidligere har bodd i utlandet.

Begrunnelsene for å reise ut for å studere er mange, og varierer sterkt med hvilket fagområde man studerer. Begrunnelsene kan grovsorteres i tre hovedkategorier. Den ene knytter seg til at man ikke får plass på ønsket studium i Norge, og dermed er «tvunget» til å reise ut hvis man skal realisere sine utdanningsambisjoner. Det er særlig de som studerer medisinske fag og andre helsefag oppgir denne type begrunnelser. Den andre kategorien omfatter begrunnelser av typen at utdanningen man vil ha ikke eksisterer i Norge, eller at man har en formening om at den har bedre kvalitet i utlandet. Det er de som studerer kunsthøgskolefag, økonomi og hotellfag som hyppigst oppgir denne type begrunnelser. Den tredje kategorien favner begrunnelser som dreier seg om å være tiltrukket av de «utenomakademiske» mulighetene et utenlandsopphold kan gi. Eventyrlyst og interesse for språk og kultur er blant denne type begrunnelser. De fleste studenter legger vekt på slike «lystmotiver», men de som studerer medisin og andre helsefag er noen mindre opptatt av slike faktorer enn andre. Hver tredje student i utlandet ville i utgangspunktet foretrukket å studere i Norge da de reiste ut, men på undersøkelsestidspunktet er andelen redusert til hver sjettede student. Dette indikerer at utenlandsstudier for mange viser seg å bli en mer positiv erfaring enn forventet.

Hvor lang tid studentene har brukt på å tilpasse seg språk, kultur, studiemiljø og andre sider ved studiesituasjonen, varierer svært med studieland. De som studerer i Norden og engelskspråklige land tilpasser seg

relativt raskt, mens de som studerer på det europeiske kontinent bruker lengre tid. De som studerer i Øst-Europa bruker omtrent like lang tid på å tilpasse seg som dem som studerer i utviklingsland.

Studentene synes å mestre det faglige nivået godt. Halvparten av studentene mener de er blant de 25 prosent beste studentene på sitt lærested, og et flertall hevder de stiller sterkere enn vertslandets studenter når det gjelder selvstendighet og modenhet. Mange mener også at studiemotivasjonen er bedre blant nordmenn enn andre medstudenter. Det er flere som tror at nordmenn har *bedre* faglige forkunnskaper enn det er som tror at nordmenn har *dårligere* faglig ballast. Gode resultater krever imidlertid innsats, og mange mener de bruker mer tid på studiene enn vertslandets studenter. Målt i antall timer per uke, bruker norske utenlandsstudenter mer tid på studiene enn studenter i Norge.

De aller fleste studentene er svært tilfredse med lærestedet og kvaliteten på utdanningen. De som studerer i Nord-Amerika er mest fornøyd, mens de som studerer på det europeiske kontinent er noe mindre tilfredse. Det er få som er misfornøyd med *faglig* kvalitet, men det er mange som synes at faktorer som pedagogisk kvalitet, omfang av veiledning og administrativ service kunne vært bedre i land som Tyskland, Ungarn og Polen. Dette kan ses i sammenheng med studiemodellen i disse landene. Store krav til selvstendighet og ansvar for egen læring kjennetegner utdanningssystemet mange sentraleuropeiske land.

Det utenomakademiske utbyttet ved utenlandsstudier oppleves som svært viktig. Studentene tilegner seg konkrete ferdigheter som språkkunnskaper og kulturkunnskap, men legger vel så stor vekt på betydningen av mer personlige aspekter som «personlig vekst» og «utenlandske venner/kontakter». Resultatene viser også en sammenheng mellom begrunnelser for å reise ut, generell trivsel og utenomakademisk utbytte. De som skårer høyt på «lystmotiver» for å reise ut er mer positive i sin samlede vurdering av utenlandsoppholdet. Med andre ord ser det ut som om innstilling påvirker utbyttet: Har man i utgangspunktet et sterkt ønske om å reise ut og oppleve noe nytt, er sjansen større for at man får mye ut av oppholdet.

Halvparten av studentene planlegger å arbeide i utlandet en periode etter endt studium, men tre av fire regner med å være tilbake i Norge etter ti år. Det er særlig kunstfag- og økonomi/hotellfagstudenter som ønsker å arbeide i utlandet. Hvis studentene holder fast ved sine planer, er det fare for større «brain drain» til utlandet enn det som hittil har vært tilfelle.

## 2.4 Norske medisinstudenter i utlandet gjennom tidene

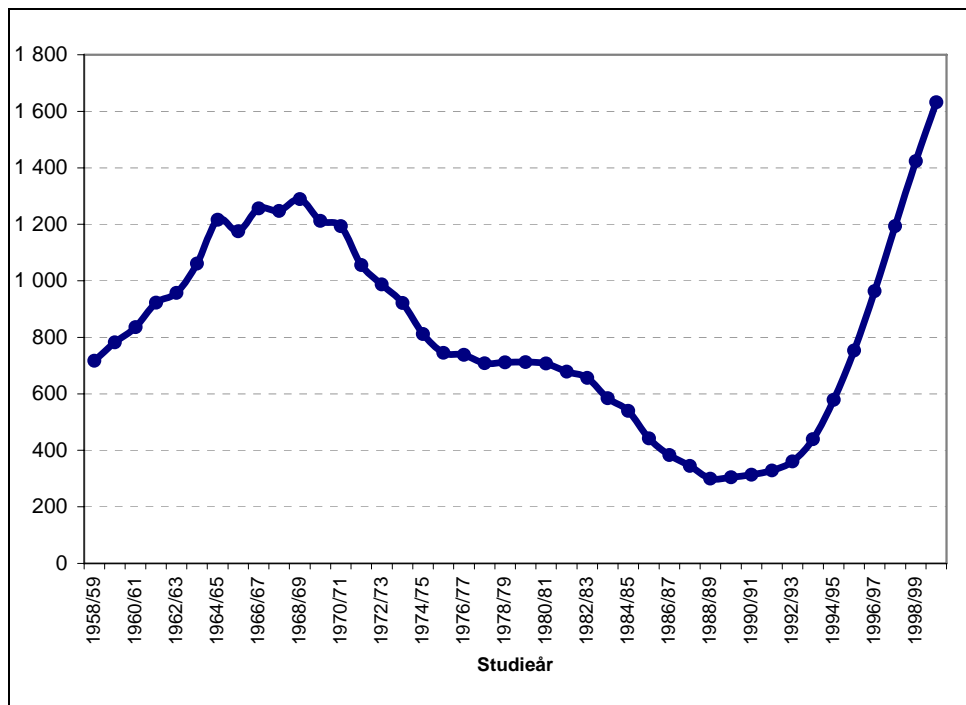
Medisinutdanningen i Norge kom i gang i 1814 (Larsen 1989; 9). Før den tid var det få leger i Norge. De som fantes, var enten håndverksutdannede kirurger eller universitetsutdannede medisinerere, de sistnevnte ofte med utdanning fra København (Larsen 1986a). Tradisjonen for å studere medisin *utenfor* (det som i dag er) Norges grenser er med andre ord lengre enn tradisjonen for å studere medisin i Norge.

Det var ikke mange nordmenn som studerte medisin i utlandet i perioden mellom universitetet i Oslo ble opprettet og 1945 (Bertelsen 1996; 371). Dette må ses i sammenheng med at den prekliniske delen av studiet var åpent fram til 1940. Universitetet i Oslo uteksaminerte omkring 100 studenter per år, og dette ble regnet som tilstrekkelig til å dekke behovet. Under krigen ble det av ulike årsaker uteksaminert færre, og da freden kom innså norske myndigheter at det måtte gjøres noe for å få utdannet flere kandidater (Bertelsen 1996; 373). Det ble inngått avtaler med danske og svenske universiteter, slik at ca. 200 nordmenn kunne utdannes der i en overgangsperiode.

Utenom slike myndighetsinitierte avtaler, var det *ikke* slik at potensielle medisinstudenter ble oppfordret til å reise ut på eget initiativ. Bertelsen (1996, 1998) har dokumentert at de som ønsket å studere medisin i utlandet på egen hånd møtte sterk motstand, særlig fra det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. Blant annet ble det i fakultetets opptaksreglementet advart mot å studere utenlands, med den begrunnelse at man ikke var garantert å få legelisens når man vendte tilbake til Norge. På tross av dette, var det en del studenter som tok sjansen på å reise ut. Det ble brukt ulike argumenter mot utenlandsmedisinerne. Rett etter krigen ble det brukt argumenter knyttet til *rettferdighet*, det var ikke «fair» at noen fikk studere utenlands og andre ikke. Senere knyttet argumentasjonen seg opp mot *kostnader*, det var for dyrt for Norge å la dem studere ute. Deretter ble argumentasjonen knyttet til *kvalitet*. Blant annet ble tyske og østerrikske læresteder i en periode ikke godkjent med den begrunnelse at de ikke holdt tilfredsstillende kvalitet. Bertelsen oppfatter dette som vikarierende argumentasjon, og hevder at den egentlige årsaken var at fakultetet ville unngå at det ble for mange leger i Norge, og at lønnsnivået dermed ville synke. Med hensyn til fakultetets manglende aksept av tysk og østerriksk utdanning, hevder han at det var politiske hensyn og ikke kvalitetsmessige årsaker som lå til grunn. Man ønsket ikke at nordmenn skulle studere i land som hadde stått på motsatt side av Norge under krigen. Men fra 1953 ble det åpnet for å få utenlandsk utdanning godkjent i Norge. Til å begynne med ble det stilt strenge krav til hvilke utenlandske

universiteter som kunne godkjennes, og en rekke eksamener måtte avlegges ved tilbakevending til Norge.

Nøyaktig hvor mange nordmenn som har studert medisin i utlandet opp gjennom årene er vanskelig å fastslå. Lånekassen har oversikt over hvor mange av deres kunder som har studert medisin i utlandet siden 1952. Det er imidlertid viktig å huske på at dette er minimumstall, det finnes også studenter som av ulike årsaker har studert i utlandet uten støtte fra Lånekassen. Tallene framgår av figur 2.1.



**Figur 2.1** Antall norske medisinstudenter i utlandet med støtte fra Lånekassen (Kilde: Statens Lånekasse for utdanning)

Som vi ser av figuren, var det en økning i antall medisinstudenter i utlandet fra slutten av femtitallet og gjennom hele sekstitallet. Studenttallet sank de nest 20 årene, og nådde sitt laveste nivå i studieåret 1988/89, da kun 300 medisinstudenter var registrert som utenlandsstudenter. Dette har blant annet sammenheng med at land som en periode tok i mot mange norske studenter, som Østerrike og Sveits, etter hvert reserverte flere plasser for landets egne innbyggere. På nittitallet, særlig i siste halvdel, har det vært en sterk vekst i antall nordmenn som har reist til utlandet for å studere medisin. Dette må ses i sammenheng med flere forhold. For det førs-

te har det på nittallet vært en økt tilstrømning til norske universiteter og høyskoler, og kapasiteten er utvidet på mange fagområder. Det har imidlertid vært relativt lavere vekst innenfor profesjonsfag som medisin- og helsefag enn mange andre fag (Try 2000), og de som ønsker å studere slike fag har derfor i større grad vært nødt til å vurdere utenlandske læresteder<sup>1</sup>. For det andre er det foretatt endringer i Lånekassens regelverk, som har gjort det lettere å få støtte til medisinstudier i utlandet. Videre er det opprettet engelskspråklige undervisningsprogrammer i tidligere øst-blokkland, med moderate studieavgifter, noe som har resultert i en særlig sterk økning i antall nordmenn som studerer medisin i Ungarn og Polen. Det kan også tenkes at endringer i opptaksreglementet ved de medisinske fakulteter i Norge kan ha bidratt til at flere reiser utenlands. I praksis har det blitt vanskeligere å komme inn i Norge for dem som ikke tas opp på kvoten for uforberedte vitnemål. Det kan derfor framstå som mer rasjonelt å søke seg utenlands framfor å ta opp eksamener fra videregående skole og konkurrere om et begrenset antall plasser for søkere med forbedrede vitnemål. Siden 1997 har norske myndigheter kjøpt opp ca. 60 studieplasser per år ved utenlandske universiteter, noe som har ført til at antall utenlandsstudenter har økt ytterligere.

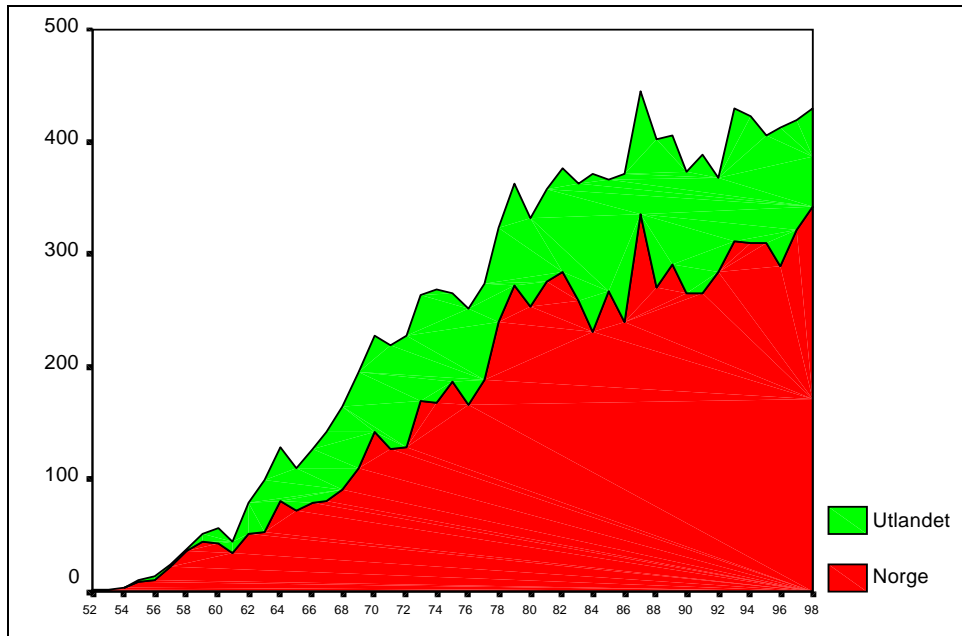
## 2.5 Kunne Norge klart seg uten utenlandsmedisinerne?

Til tider har andelen av norske medisinstudenter i utlandet vært svært høy. På begynnelsen av 1970-tallet var omtrent halvparten av alle nyuteksaminerte leger utdannet i utlandet. Bertelsen anslår tallet på norske leger som ble helt eller delvis utdannet i utlandet i perioden 1945-1991 til å være 4518 (Bertelsen 1998; 165). I samme periode ble det uteksaminert 9347 leger i Norge. I følge disse tallene utgjorde utenlandsmedisinerne 33 prosent av alle nye leger i perioden. I Legekårsundersøkelsen (Aasland og Falkum 1984) svarer 24 prosent av legene at de har tatt hele sin medisinske utdanning i utlandet, sju prosent at de har tatt deler av utdanningen i utlandet, mens de resterende 69 prosent har tatt hele utdanningen i Norge (Legekårsundersøkelsen, upubliserte data). Også i Legeregisteret finnes det informasjon om hvor mange som har tatt sin medisinske embetseksamen i utlandet. I følge disse tallene er det 29 prosent som har avlagt endelig eksamen i utlandet, men denne prosenten favner altså ikke dem som har påbegynt sin utdanning i utlandet, men som har avsluttet i Norge. I Legeregisteret er det en del personer det ikke er registrert eksamens-

---

<sup>1</sup> Antall studiepasser på medisinstudiet i Norge er økt fra 345 i 1991 til 520 i 1999 (Samnordisk arbeidsgruppe för prognos- och specialistutbildningsfrågor 1998).

sted på, men figur 2.1 kan likevel gi en indikasjon på hvor store andeler som er uteksaminert i Norge og i utlandet.



**Figur 2.2** *Antall uteksaminerte norske leger i Norge og utlandet per år i perioden 1952-1998. (Kilde: Legeregisteret)*

Det er vanskelig å forestille seg hvordan Norge skulle klart seg uten leger som er utdannet i utlandet. Antall leger uteksaminert i Norge har aldri vært tilstrekkelig for kunne fylle alle ledige stillinger<sup>2</sup>. I tillegg til de mange nordmenn som er utdannet i utlandet, er det om lag 12 prosent leger med utenlandsk statsborgerskap som arbeider i Norge (Den norske lægeforening 2000a). Økningen i antall utenlandske leger skjedde på slutten av 1990-tallet som en konsekvens av at regelverket ble endret slik at det ble enklere for utenlandske leger å få praktisere i Norge. Til tross for at studiekapasiteten ved de medisinske fakultetene i Norge er utvidet, og det har skjedd en dramatisk økning i import av utenlandske leger, står fremdeles nærmere tusen legestillinger ubesatt (Den norske lægeforening 2000c). Utenlandsmedisinerne har vært, og er fremdeles, svært tiltrengt arbeidskraft på det norske legearbeidsmarkedet.

<sup>2</sup> Det kan diskuteres hvorvidt tallet på ledige legestillinger gjenspeiler en reell legemangel eller om det har andre årsaker. Bertelsen (1998) og Gundersen (1999) er blant kritikere som mener legemangelen ikke er reell.

## 2.6 Framtidig arbeidsmarked for leger i Norge

Hvordan arbeidsmarkedet vil bli i framtiden er mer usikkert. Selv om det er ledige legestillinger i Norge, har Norge i dag 300 innbyggere per lege, et tall som er noe lavere enn andre nordiske land (Nordiska läkarförbundet 1999). I Sverige, Finland og på Island er det arbeidsledighet blant legene (Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor 1998). Kritiske røster hevder at vi allerede har for mange leger i Norge (se for eksempel Gundersen 1999). At *organiseringen* av helsevesenet kan være et vel så stor problem som *antallet leger*, er en relativt utbredt oppfatning. Eksempelvis uttalte Legeforeningens president Hans Petter Aarseth til Aftenposten 23. juli d.å. at norske sykehus kan spare inn 1600 årsverk ved effektivisering (Aftenposten 2000).

Det er utarbeidet flere prognoser for framtidig tilgang og etterspørsel av leger i Norge, men denne type framskrivninger er alltid heftet med stor usikkerhet. I Stortingsmeldingen *Om prinsipper for dimensjonering av høgre utdanning* (Stortingsmelding nr 36 1998-99) er det beregnet at tilbudet av leger i år 2010 vil være større enn i dag, og høyere enn etterspørselen etter rene demografiske faktorer. Derimot anser man at det vil være balanse mellom tilbud og etterspørsel hvis man tar både demografiske og økonomiske faktorer i betraktning. Næss (2000) har beregnet tilgangen på leger til å være i samsvar med erstatningsbehovet fra ca. år 2010. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om denne framskrivningen tar tilstrekkelig høyde for veksten i antall medisinerere som utdannes i utlandet. En annen framskrivning viser at Norge i 2015 vil ha 21 100 leger (Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor 1998). Dette er ca. 5000 flere enn i dag. Beregningen forutsetter at 226 personer utdannes i utlandet per år. Med den sterke økningen i antall medisinstudenter i utlandet de senere år (det er 37 prosent flere medisinstudenter i utlandet i år 2000 enn i 1998), er det grunn til å tro at tallet på leger i år 2015 kan bli ennå høyere enn de estimerte 21 100.

Det må opprettes relativt mange legestillinger, dersom det ikke skal bli legeoverskudd et stykke ut i dette årtusen. Utviklingen fram til nå har imidlertid vist at befolkningens etterspørsel etter helsetjenester, også private, øker i takt med velstandsutviklingen. En stadig høyere andel av befolkningen være eldre mennesker, noe som er en utfordring for helsevesenet. Teknologiutvikling og økende grad av spesialisering og subspecialisering kan også bidra til et behov for flere legestillinger. Det kan imidlertid tenkes at noen av de utenlandske legene som har midlertidig lisens kommer til å trekke seg ut, eller at nye generasjoner leger, med høyere kvinneandel, ikke ønsker å arbeide like mye overtid som det som hittil har vært vanlig. Slike forhold kan til en viss grad kompensere for et potensielt overskudd av leger. Et eventuelt overskudd av leger kan tenkes å

ha uheldige konsekvenser. Det er relativt enkelt å skape et marked for helsetjenester, men de etiske og samfunnsøkonomiske implikasjonene av å skape nye medisinske behov kan utvilsomt diskuteres. Legene kan i større grad finne det nødvendige å skape sin egen arbeidsplass i form av å opprette flere private klinikker som tilbyr behandling som ikke strengt talt er påkrevd, eller ved at unødvendig behandling iverksettes innenfor det offentlige helsevesen.

## **2.7 Hvor har norske medisinstudenter studert?**

Hvilke land norske medisinstudenter har studert i har variert opp gjennom tidene (Se vedleggstabell 2a for detaljert oversikt). Tyskland har holdt en jevnere popularitet enn de fleste andre land, og har fram til i dag vært det landet som huser flest nordmenn. Foreløpige tall for studieåret 1999/2000 viser imidlertid at det nå er omtrent like mange norske studenter i Ungarn som i Tyskland (Den norske legeförening 2000e).

På 1960-tallet var det relativt mange som studerte i ikke-engelskspråklige vesteuropeiske land. Eksempelvis var det i studieåret 1968/69 312 norske medisinstudenter i Østerrike, 120 i Sveits, 98 i Nederland, 93 i Belgia, og 60 i Frankrike. Fra midten av sekstitallet og utover var det også en betydelig økning i antall studenter som reiste til Storbritannia og Irland. I 1974/75 var det til sammen 146 studenter i disse landene. Danmark ble svært populært på 1970-tallet og nådde en topp på 223 studenter i 1978/79. En periode på begynnelsen av syttitallet var det også populært å studere i Spania; i 1971/72 befant 74 nordmenn seg på medisinstudiet der.

Økningen på 90-tallet har særlig skjedd i de «nye» studielandene Ungarn og Polen. Dette ble mulig som følge av oppheving av geografiske avgrensinger i Lånkassens forskrifter i 1993-94 (Rotevatn 1997). Vider har disse landene bygd opp engelskspråklige programmer, og driver aktiv markedsføring for å kapre norske kunder. Men også de skandinaviske landene og de britiske øyer har hatt en markant økning. I Australia er antall norske medisinstudenter nesten doblet på et år, og er i studieåret 1999/2000 oppe i 60 (Den norske legeförening 2000e). Med unntak av dem som studerer i Tyskland er det relativt få som har andre undervisningsspråk enn engelsk og nordisk, ettersom de som studerer medisin i Øst-Europa befinner seg på engelskspråklige programmer.

## **2.8 Opptakskrav og studium i ulike land**

De fleste land har en eller annen form for opptaksbegrensning til medisinstudiet. I kontrast til Norge, baseres opptaket de færreste steder utelukkende på karakterer og poengberegning. De fleste universiteter krever



imidlertid et godt karaktersnitt og tilsvarende fordypningsfag som i Norge. Søknaden må ofte vedlegges en personlig begrunnelse for hvorfor man ønsker å studere medisin, og det er vanlig med både opptaksprøver og intervjuer. Enkelte steder må det også avlegges språktest. Det er som oftest en egen opptakskomiteé ved lærestedene som vurderer søknader fra utlendinger. Nedenfor følger en kort beskrivelse av opptakskrav og studium i de landene der det i dag befinner seg mange norske medisinstudenter<sup>3</sup>.

### *Tyskland*

Tyskland har lange tradisjoner som vertsland for norske medisinstudenter. De senere år har det relativt sett vært en svakere vekst i andelen nordmenn som velger å studere medisin i Tyskland, men fram til nå har landet vært det største vertsland for norske medisinstudenter i utlandet. I studieåret 1999/2000 studerte 358 nordmenn medisin i Tyskland med støtte fra Lånekassen. 36 læresteder tilbyr medisინutdanning. Minimum studietid er seks år, men de fleste bruker sju. Studiemodellen er tradisjonell; to år med preklinisk undervisning, etterfulgt av fire år i klinisk fase, hvorav det siste året er mest praksis. Eksamenene er både skriftlige og muntlige. Med ett unntak er universitetene offentlige. De offentlige universitetene krever ingen studieavgift, kun en semesteravgift som ikke overstiger 100 DM. Det kreves fordypning i naturfag fra videregående skole og et karaktersnitt opp mot 4.5 for å komme i betraktning. Helsefagsutdanning og sykehuspraksis kan gi tilleggs-poeng. Universitetene har kvoter for hvor mange studenter fra utenfor EU de slipper inn. En omfattende språktest må avlegges før immatrikulering.

### *Ungarn*

Landet har lange tradisjoner for medisინutdanning, men var lite vanlig mål for vestlige studenter før engelsk- og tyskspråklige undervisningsprogrammer ble opprettet etter murens fall. Veksten i antall norske studenter har vært sterk de senere år, og i studieåret 1999/2000 studerte 365 nordmenn i Ungarn med støtte fra Lånekassen. Fire universiteter tilbyr engelskspråklige programmer (Budapest, Szeged, Pécs og Debrecen). Studiet er normert til seks år og universitetene følger en tradisjonell studiemodell. Det gis språkundervisning i preklinisk fase, og det må avlegges språkprøve før man går inn i klinisk fase (tredje år). Det siste studieåret kan tas som praksis i Norge. Eksamener er i hovedsak muntlige, og avlegges relativt hyppig. Det foregår en betydelig utsiling av studenter i den prekliniske fasen. Studieavgiften er på \$ 8 000 -10 000 per år. Det må avlegges

opptaksprøve på forhånd, og denne har en skriftlig og en muntlig del. Det er ingen krav til fagkombinasjon fra videregående skole, opptaksprøven tester kunnskaper i fysikk, kjemi og biologi. I den muntlige delen blir man blant annet spurt om motivasjon for studiet. Karakterer fra videregående skole har mindre betydning enn i en del andre land, opptak blir gjort på grunnlag av en helhetsvurdering. Det er mulig å ta et år forberedende studium (pre-med) men dette er ikke støtteberettiget i Lånekassen.

### *Polen*

På samme måte som i Ungarn, opprettet polske universiteter engelskspråklige programmer etter murens fall. Veksten i antall norske studenter har vært høy. I studieåret 1994/95 var det registrert 18 norske medisinstudenter i Polen med støtte fra Lånekassen, mens tallet i 1999/2000 var økt til 284. Fire universiteter tilbyr engelskspråklige undervisning (Warszawa, Krakow, Poznan og Szczecin). Studiet er normert til seks år. Preklinisk fase varer to år, med språkundervisning parallelt. Skriftlige eksamensformer dominerer. Årlig studieavgift er ca. \$ 8 000 – 10 000. Det kreves matematikk, fysikk og kjemi fra videregående skole. Opptak er basert på en skriftlig opptaksprøve og intervju, der kunnskaper i fysikk, kjemi og biologi blir testet.

### *Sverige*

I studieåret 1999/2000 studerte 107 nordmenn i Sverige med støtte fra Lånekassen. Medisinsk utdanning tilbys ved fem universiteter samt ved Karolinska sjukhuset i Stockholm. Studietid er beregnet til 5,5 år, preklinisk tentamen avlegges etter 2-2,5 år. Norske søkere konkurrerer på linje med svenske. Det kreves fordypning i fysikk, kjemi, biologi og matematikk fra videregående skole. Det kreves et karakternivå på godt over fem i snitt. Noen læresteder har også intervju som en del av opptaksprosessen. Det er også mulig å søke om opptak på bakgrunn av tidligere utdanning innen helsefag. Utdanningen er gratis.

### *Danmark*

I studieåret 1999/2000 var det registrert 141 medisinstudenter med støtte fra Lånekassen i Danmark. Undervisning tilbys ved universitetene i København, Odense og Århus. Studiet tar 6,5 – 7 år, og er inndelt i tre faser. Norske søkere konkurrerer om studieplasser på linje med danske borgere. En periode med sterk økning i antall norske studenter på medisinstudiet i Danmark, ble det i 1997 innført et tak på hvor mange nordmenn som fikk

---

<sup>3</sup> Framstillingen er hovedsakelig basert på informasjonsbrosjyrer fra ANSA og Lånekassen.

anledning til å studere medisin ved danske universiteter<sup>4</sup> (Sivertsen og Smeby 2000). Opptaket er basert på karakterer fra videregående skole, med omtrent samme krav til faglig fordypning som i Norge. I praksis må man ha et høyt karakternivå for å komme i betraktning. I Odense er også mulig å bli tatt opp på grunnlag av intervju. Utdanningen er gratis.

### *Engelskspråklige land*

Storbritannia og Irland har til tider vært populære destinasjoner for nordmenn som vil studere medisin i utlandet. I studieåret 1999/2000 var det henholdsvis 62 og 108 norske medisinstudenter i disse landene med støtte fra Lånekassen. Antallet har økt de senere år, noe som må ses i sammenheng med at norske myndigheter fra 1997 begynte å kjøpe opp studie-plasser i disse landene.

Studiet er normert til seks år, og er delt inn i tre faser. Det er opptaksbegrensninger på studiet, og man må som regel gjennom et personlig intervju. Karakterkrav varierer. For å ta et eksempel kreves det på Royal College of Surgeons i Dublin at nordmenn har et snitt på minst 4,5 for å bli innkalt til opptaksintervju. Den største hindringen for de fleste er imidlertid de høye studieavgiftene. Studenter fra land utenfor EU må betale opp til 200 000 NOK per studieår. I USA er også studieavgiftene høye, men det er også andre forhold som gjør det vanskelig for nordmenn å studere medisin i USA. For det første kreves en fireårig pre-med Bachelor grad (i naturfag), som man ikke får gebyrstipend til av Lånekassen, for det andre er det mange læresteder som prioriterer studenter fra egen stat.

## **2.9 Godkjenning av medisinsk utdanning fra utlandet**

Det kreves godkjenning fra norske myndigheter for å kunne praktisere som lege i Norge, enten i form av varig autorisasjon eller midlertidig lisens. Det er fylkeslegen i Oslo som gir slik godkjenning. De som har legeutdanning fra EØS-land får autorisasjon uten videre. De som har legeutdanning fra land utenom Norden og EØS, må søke universitetsmyndighetene om å få utdanningen godkjent. Det må avlegges en fagprøve ved Universitetet i Oslo, samt et tilleggskurs i bl.a. sosialmedisin, rettspsykiatri, og rettsmedisin.

---

<sup>4</sup> Maksimale antall nordmenn per år er i år 2000: 31 i København, 15 i Århus og 15 i Odense.

## 3 Datamaterialet

Dette kapittelet gir en kort beskrivelse av populasjon, utvalg, spørreskjema og andre datakilder som er benyttet i undersøkelsen. Det vil også bli gjort betraktninger omkring oppslutning om undersøkelsen.

### 3.1 Populasjon, utvalg og utsending av spørreskjema

Statens lånekasse for utdanning er den enkeltinstitusjon som har best totaloversikt over norske studenter i utlandet. Vi har derfor valgt å basere denne undersøkelsen på studenter som i Lånekassens kunderegister er registrert som medisinstudenter ved utenlandsk lærested. Dette medfører imidlertid at noen studenter teoretisk sett kan ha falt utenfor undersøkelsen. Dette gjelder dem som studerer i utlandet *uten* støtte fra Lånekassen (doktorgradsstudenter og andre med fullfinansiering fra norsk forskningsfond pluss eventuelle personer som fullfinansierer studiene ved hjelp av oppsparte midler, støtte fra foreldre, private banklån e.l.). Videre kan det være personer som er på kortere utvekslingsopphold og står registrert som studerende ved læresteder i Norge. Det er ikke grunn til å tro at det er særlig mange i vår målgruppe som faller utenfor utvalget<sup>5</sup>.

Utvalget besto av samtlige lånekassekunder som var registrert som medisinstudenter i utlandet studieåret 1998/99 per august 1998 (1198 personer). Skjemaene ble sendt ut i månedsskiftet oktober/november 1998. Første påminnelsene sendt ut medio desember samme år. (Tidspunktet ble valgt med omhu for å fange opp studenter som var hjemme på juleferie). Andre påminnelse ble sendt ut i mai 1999.

### 3.2 Oppslutning om undersøkelsen

Svarprosenten for hele gruppen sett under ett er 63 prosent. Tatt i betraktning spesielle forhold ved utsendingen er dette en oppslutning vi kan si

---

<sup>5</sup> For det første er det slik at medisinstudier i de aller fleste tilfeller gi rett til støtte fra Lånekassen, slik at det er lite sannsynlig å finne studenter som går på «ikke-støtteberettigede» universiteter. For det andre er det slik at studenter som ikke har behov for lån, likevel benytter seg av muligheten til stipend, og således er registrert hos Lånekassen. For det tredje er kortvarige utvekslingsopphold i utlandet relativt lite utbredt blant medisinstudenter, og for det fjerde er eventuelle doktorgradsstudenter ikke i målgruppen for denne undersøkelsen.

oss fornøyd med. Hovedårsaken til at svarprosenten ikke er ennå høyere antas å ligge i at en del studenter ikke har mottatt skjemaet. Lånkassens kunderegister er basert på studentenes hjemmeadresser i Norge, og bostedsadresse i utlandet er registrert kun for et lite mindretall. Dette betyr at vi i de fleste tilfeller har vært nødt til å sende skjemaene til hjemmeadressen i Norge, og satse på at sendingen blir videresendt til utenlandsstudenten<sup>6</sup>. Vi vet at dette dessverre ikke alltid er blitt gjort, og mellomstasjonen på hjemmeadressen har bidratt til å begrense antall innkomne svar.

Det er selvsagt også andre forhold som kan påvirke svarprosenten. Postgangen tar tid til og fra utlandet, og vi har også fått tilbakemeldinger på at enkelte postkontorer rundt omkring i verden ikke var villige til akseptere de forhåndsfrankerte internasjonale returkonvoluttene som var vedlagt spørreskjemaet. Videre har returkonvoluttens størrelse vært et problem. Grunnet internasjonale portoavtaler måtte vi bruke relativt små konvolutter, og flere respondenter påpekte at irritasjon i forbindelse med dette kunne føre til redusert oppslutning. Vi skal heller ikke se bort fra at spørreskjemaets lengde kunne virke avskrekkende. Det er imidlertid verd å merke seg at spørreskjemaer med tilsvarende omfang, sendt til medisinstudenter i Norge, har hatt oppslutning på 80-90 prosent (Wiers-Jensen, Vaglum og Ekeberg 1995, 1997). Dette styrker antakelsen om at forhold ved utsendingen har påvirket svarprosenten.

Svarprosenten er noe høyere for kvinner enn menn, 65 prosent mot 60. Svarprosenten varierer også med land. For de landene som huser flest norske medisinstudenter var svarprosenten som følger: Danmark 83, Sverige 70, Tyskland 68, Polen 56 og Ungarn 48 prosent. I engelskspråklige land var svarprosenten gjennomsnittlig 68, i øvrige land gjennomsnittlig 70, men med store variasjoner (Se tabell 4.1 for detaljer). Årsakene til at svarprosenten er lavere i Øst-Europa enn andre steder kan være flere. En mulig grunn kan være at færre har mottatt skjemaet, ettersom eksamensavvikling ved årsskiftet gjør at færre av disse studentene reiser hjem i juleferien (på det tidspunkt vi sendte puring til hjemmeadressen). En annen mulig årsak er at arbeidspresset synes svært høyt i Ungarn og Polen, og at studentene derfor ikke har tatt seg tid til å fylle ut skjemaet. Selv om svarprosenten varierer i ulike grupper, er det ikke foretatt vektning av materialet. De fleste hovedresultater presenteres imidlertid fordelt på studieland i tabeller eller vedleggstabeller.

---

<sup>6</sup> Spørreskjemaene ble sendt med A-post, som kan videresendes til utlandet uten ytterligere frankering.

### 3.3 Spørreskjemaet

Studentene mottok to spørreskjema; et 16 siders generelt spørreskjema som ble sendt til alle typer utenlandsstudenter, og et 12 siders skjema spesielt rettet inn mot medisinstudenter (se vedlegg 2). De fleste av spørsmålene i det generelle skjemaet er utviklet i forbindelse med dette prosjektet. Noen spørsmål er imidlertid hentet fra andre studier, noe som gjør det mulig å sammenligne data med andre studentgrupper. De 37 utdanningskategoriene i skjemaets bolk A2 er basert på den inndelingen Lånekassen benytter, slik det framgår i Lånekassens statistikk, stortingsmeldinger osv<sup>7</sup>. Bolk B er utviklet for denne undersøkelsen, men inspirert av andre studier av utenlandsstudenter (CSN 1995, Opper, Teichler og Carlson 1990). Bolk C er hentet fra en undersøkelse av studenters trivsel og tilfredshet med lærestedet som NIFU har gjennomført i samarbeid med Norsk Gallup. Spørsmål D23 til D33 er brukt i andre NIFU-undersøkelser (Teigen 1997.) Spørsmålene om selvtillit, E45-E52, er tatt fra et instrument som måler personlighet (Lazare et al. 1970, Torgersen 1980). Alkoholspørsmålene under bolk H, som ikke analyseres i denne rapporten, er i hovedsak hentet fra en norsk versjon av det internasjonale instrumentet AUDIT (Amundsen et al. 1990, Babor et al 1989). Ettersom hovedskjemaet er utviklet for å favne alle typer utenlandsstudenter, vil det være enkelte spørsmål og svarkategorier som ikke er optimalt tilpasset medisinstudentenes situasjon.

Spesialskjemaet for medisinstudenter inneholder stort sett spørsmål som er brukt ved undersøkelser av medisinstudenter i Norge (Wiers-Jenssen 1994, Wiers-Jenssen, Vaglum og Ekeberg 1995, 1997, Wiers-Jenssen og Aasland 1999). Dette er hovedsakelig spørsmål utviklet for disse studiene, samt spørsmål utviklet for Legekårsundersøkelsen (Aasland og Falkum 1994). Spørsmålsbatteriet i bolk M er et validert instrument for måling av personlighet, som er Torgersens kortversjon av hans instrument BCI (Basic Character Inventory) (Lazare et al. 1970, Torgersen 1980).

---

<sup>7</sup> Unntak:

1. Lånekassens kategorier «allmennlærer og «annen lærerutdanning» er i skjemaet slått sammen til «lærerutdanning».
2. Lånekassens kategori «merkantile fag» er delt opp i «bedriftsøkonomi», «økonomi og administrasjon» og «markedsføring».
3. Lånekassens uspesifiserte kategori «forskerutdanning» er ikke tatt med.
4. Kategorien «språk» er lagt til.

### 3.4 Andre datakilder

I tillegg til kvantitative data innhentet gjennom spørreskjemaet, har vi foretatt noen kvalitative intervjuer. Fem medisinstuderter i Budapest ble intervjuet i november 1999, og fem medisinstuderter ble intervjuet i Berlin i november 1997. Vi vil også trekke veksler på de øvrige kvalitative intervjuer som ble utført som en forstudie til den generelle spørreskjemaundersøkelsen blant utenlandsstuderter (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998, Wiers-Jenssen 1998).

Videre vil det brukes resultater fra ulike kvantitative studier som sammenligningsgrunnlag. I særdeleshet gjelder dette den kvantitative studien av utenlandsstuderter generelt (Wiers-Jenssen 1999). Denne studien er basert på en analyse av datamateriale bestående av utenlandsstuderter på ulike fagområder med minst et års studieerfaring i utlandet. 1153 personer svarte, noe som tilsvarer en svarprosent på 53. Dataene fra denne undersøkelsen ble samlet inn parallelt med undersøkelsen av medisinstuderter, og svært mange av spørsmålene er identiske.

Det vil også vil benyttet data fra flere postale spørreskjemaundersøkelser som er foretatt blant medisinstuderter Norge. Disse undersøkelsene er foretatt ved Institutt for medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo, og har utgangspunkt i Legekårsundersøkelsen (Aasland og Falkum 1994):

- «Stud. med. '93». I denne undersøkelsen ble hele årskullet som påbegynte sine medisinstudier ved norske universiteter i 1993 stilt en rekke spørsmål om bakgrunn, motiver for å studere medisin, karriereplaner m.m. 379 personer svarte, noe som utgjør en svarprosent på 90 (Wiers-Jenssen 1994, Wiers-Jenssen, Vaglum og Ekeberg 1997, Vaglum, Wiers-Jenssen og Ekeberg 1999).
- «Fra Student til Lege». Samtlige studenter som avsluttet sin medisinske grunnutdanning i 1993 og 1994 (Studiestart 1987/88 ved normal progresjon) ble tilsendt et spørreskjema ved siste termin. 522 personer besvarte skjemaet, noe som utgjør en svarprosent på 83 (Wiers-Jenssen, Vaglum og Ekeberg 1997).
- «Stud. med '96». Denne undersøkelsen er en oppfølging av «Stud.med. '93», og ble foretatt blant samme årskullet som ble spurt i '93. 68 prosent av studentene besvarte spørreskjema på begge tidspunkt (Wiers-Jenssen og Aasland 1999).

Det vil også bli benyttet data fra NIFU og Norsk Gallups undersøkelse av studenters trivsel og tilfredshet med lærestedet (<http://www.studmag.com>, NIFU og Norsk Gallup, upubliserte data). Denne undersøkelsen blant første- og andreårsstuderter på ulike fag ved læresteder i Norge er gjennomført ved at en intervjuer har distribuert og samlet inn et spørreskjema

i forbindelse med en forelesning. Innsamlingsmetoden avviker med andre ord noe fra de postale spørreskjema som er benyttet i de andre undersøkelsene. 245 medisinstudenter, fordelt på de fire universitetene, var blant de 4909 studenter som deltok i NIFU/Gallupundersøkelsen høsten 1998.

Statistikk innhentet fra Lånekassen er også benyttet, først og fremst i kapittel to hvor vi belyser utviklingen i antall medisinstudenter studenter. Videre har vi benyttet data fra Legeforeningens legestatistikk (<http://www.legeforeningen.no>), Legeregisteret og noen tall fra Legekårsundersøkelsen (Aasland og Falkum 1994).

### **3.5 Styrker og svakheter ved datamateriale og framstilling**

Rapporten er hovedsakelig basert på informasjon gitt av utenlandsstudentenes selv, formidlet på et tidspunkt da de befinner seg i den situasjonen de skal beskrive. Dette har sine styrker og svakheter. En åpenbar styrke er at studentene er de som kjenner egen situasjon best. Det er også en klar fordel at dataene er samlet inn mens de fremdeles er utenlandsstudenter, og ikke i ettertid. Enkelte tema er imidlertid av retrospektiv karakter, som for eksempel motiver for å studere i utlandet og motiver for å studere medisin, og vi må regne med at det kan ha skjedd visse erindringsforskyvninger. Noen spørsmål er også av hypotetisk karakter, noe som begrenser validiteten.

At studentene kjenner situasjonen best, impliserer imidlertid ikke at deres synsvinkel alltid samsvarer med virkeligheten. Enkelte spørsmål kan de ha begrensede forutsetninger å vurdere, og ikke minst kan det være vanskelig å sette seg selv i perspektiv. Dette gjelder for eksempel spørsmål om hvor mange nordmenn det er på studiestedet og andre studenters økonomi, arbeidsinnsats osv. Egne oppfatninger samsvarer ikke alltid med objektive fakta. Videre er det enkelte tema der man kan frykte for at svarene kan bære preg av eterrasjonalisering og rettferdiggjøring av egne valg. Eksempelvis kan mistriivsel være noe enkelte studenter nedtoner både overfor omverdenen og seg selv. Hvis man ikke trives kan det synes lite logisk å ikke ta konsekvensen av det og avbryte studiet, og studentene kan derfor ubevisst oppvurdere positive aspekter. I tolkningen av resultatene er det altså nødvendig å ha i mente at det subjektive perspektivet kan begrense datas validitet.

Rapporten trekker veksler på både kvantitativt og kvalitativt materiale. En slik kombinasjon av metoder, såkalt *metodetriangulering*, styrker undersøkelsens kvalitet. De kvantitative dataene vil stå i sentrum for presentasjonen, men de kvalitative intervjuene har vært sentrale både for utarbeidelsen av spørreskjemaet, og for tolkningen av det kvantitative datamaterialet.



Resultatpresentasjonen er i hovedsak basert på tabellanalyser. Studieland (kategorisert) er en hyppig benyttet uavhengig variabel, men det vil også trekkes inn faktorer som kjønn, karakterbakgrunn med mer. Det har vært en målsetting å presentere resultatene i en relativt enkel og lettfattelig form. Der det refereres til at resultatene er signifikante, har vi lagt til grunn en signifikansnivå på  $p < 0,05$ .

## 4 Studentenes bakgrunn

Hvem reiser ut for å studere medisin? Hvilke sosiale lag rekrutteres de fra? Har studentene, eller noen i nærmest familie, tidligere utenlandsopphold bak seg? Hvordan er deres faglige forkunnskaper i form av karakterer fra videregående skole? Dette er blant de spørsmål vi skal forsøke å gi svar på i dette kapittelet. Vi skal redegjøre for sentrale bakgrunnsdata, som demografi og erfaringsbakgrunn. Videre vil vi vise materialets fordeling på sentrale variabler som studieland og studienivå.

### 4.1 Kjønn, alder og tidligere studieerfaring

Datamaterialet består av 53 prosent kvinner og 47 prosent menn. Selv om det er noe høyere svarprosent blant kvinner enn menn (65 mot 60 prosent), skyldes overvekten av kvinner i hovedsak at kvinner reelt sett er i flertall i studentmassen. Kvinner har de siste årene utgjort mer en halvparten av norske medisinstudenter både i Norge og i utlandet (Den norske legeförening 2000f, Lånsekassen 1997, 1998a, 1999). Kjønnfordelingen varierer med studieland. Kvinneandelen er høyest i Tyskland (62 prosent) og i engelskspråklige land (60 prosent), og lavest i Ungarn (43 prosent). Gjennomsnittsalderen er 24 år blant kvinner og 25 år blant menn.

Til sammen 49 prosent av studentene har høyere utdanning fra Norge. Det er 15 prosent som kun har ex.phil./ex.fac., 26 prosent som har universitetsutdanning ut over dette og 10 prosent som har utdanning fra høgskole<sup>8</sup>. De som har høgskoleutdanning eller universitetsutdanning utover ex.phil./ex. fac. har i gjennomsnitt studert i overkant av tre semestre i Norge.

### 4.2 Studieland

Studentene fordeler seg på 23 studieland. Tyskland, Ungarn, Polen, Danmark og Sverige huser til sammen 80 prosent av studentmassen. Tabell 4.1 viser hvordan de som er med i undersøkelsen fordeler seg på ulike studieland og hvordan landene er kategorisert for bruk i videre analyser.

---

<sup>8</sup> I underkant av tre prosent har *både* høgskole- og universitetsutdanning.

**Tabell 4.1** Studenter i undersøkelsen fordelt på land.

Land, kategorisert	Prosent av materialet	Antall stud. i gruppen.	Land	Antall stud.	Svarprosent
TYSKLAND	28	212	Tyskland	212	68
UNGARN	18	133	Ungarn	133	48
POLEN	15	111	Polen	111	56
DANMARK	10	74	Danmark	74	83
SVERIGE	9	70	Sverige	70	71
ENGELSK- SPRÅKLIGE LAND	11	81	Irland	43	70
			Storbritannia	24	60
			Australia	9	64
			USA	5	100
ANDRE LAND	9	71	Nederland	30	77
			Tsjekkia	12	86
			Malta	11	79
			Østerrike	5	63
			Frankrike	2	67
			Sveits	2	100
			Island	2	100
			Italia	1	25
			Spania	1	50
			Russland	1	100
			Romania	1	25
			Belgia	1	100
			Pakistan	1	100
			Bangladesh	1	100
Uoppgitt		4		4	
Sum	100	756		756	63

### 4.3 Studietilknytning og -nivå

87 prosent har funnet fram til studiet selv og tar *bele* studiet i utlandet, to prosent har funnet fram til studiet selv og tar *deler* av studiet i utlandet og 11 prosent har studieplass oppkjøpt av norske myndigheter. Samtlige som studerer på Malta, og flertallet av dem som studerer i Storbritannia, Australia og Nederland, oppgir å ha oppkjøpt studieplass. Det er også 13 av respondentene i Irland og 12 respondenter i Tyskland som har oppkjøpte plasser.

På datainnsamlingstidspunktet har studentene gjennomsnittlig studert 2,6 år i utlandet og har 3,4 år igjen. Tabell 4.2 viser hvordan studentmassen fordeler seg på ulike studienivå i ulike land.

**Tabell 4.2** *Antall år tilbragt på medisinstudiet i utlandet blant studenter i ulike land. Vertikal prosenttuering.*

Antall år studert i utlandet	Total	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Engelskspråklige	Andre
Opp til 2 år	42	22	44	54	57	17	66	57
2-4 år	36	45	45	39	19	40	21	17
Mer enn 4 år	23	33	11	7	24	42	12	26
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100
N	747	210	132	111	74	70	81	69

Vi ser at de som studerer i Tyskland og Sverige har en større andel studenter i slutfasen av studiet enn andre land. Majoriteten av studentene i Ungarn og Polen befinner seg på begynner- og mellomnivå. Dette er ikke overraskende sett i lys av at det var først på midten av 1990-tallet store strømmer av medisinstudenter oppdaget mulighetene for å studere i Øst-Europa. I kategoriene «engelskspråklige land» og «andre» land befinner flertallet seg i startfasen av studiet. Dette må ses i sammenheng med at en del av disse studentene har studieplasser som er kjøpt opp av norske myndigheter, en ordning som kom i stand først i 1997.

Med hensyn til type studieopplegg, oppgir 86 prosent at deres studium er organisert etter såkalt tradisjonell modell. Denne innebærer to-tre år prekliniske studier i anatomi, fysiologi, biokjemi etc., før man påbegynner den kliniske fasen og kommer i kontakt med pasienter. De øvrige oppgir at deres studium er organisert etter en integrert modell. Det vil si at man møter pasienter tidlig i studiet, og at såkalt problembasert læring står sentralt. Blant studenter i Sverige, engelskspråklige land og «andre» land oppgir omlag fire av ti at lærestedet følger en integrert studiemodell. I øvrige land oppgir så godt som alle å befinne seg på tradisjonell studiemodell.

### 4.3.1 Skifte av lærested underveis i studiet

Ikke alle studentene har tatt hele utdanningen ved samme lærested. 11 prosent har skiftet lærested hittil i studiet, og av disse er det omtrent like mange som har skiftet lærested innen samme land som det er som har forflyttet seg fra et land til et annet. Ungarn markerer seg som det hyppigst nevnte «tidligere studieland». Halvparten av dem som har byttet studieland studerte tidligere i Ungarn.

Noen studenter planlegger å skifte lærested på et senere tidspunkt. Tre prosent planlegger overflytning til annet lærested i samme land, fire prosent planlegger overflytning til Norge, og fire prosent vil flytte til et annet land. Det er en liten overhyppighet av studenter som planlegger å flytte på seg blant dem som studerer i Ungarn. Årsakene til at Ungarn markerer seg som et land studentene flytter fra kan være flere, og vi skal komme tilbake til dette i kapittel seks. Én mulig medvirkende årsak er at den generelle tilfredsheten med studiesituasjonen er noe lavere i Øst-Europa enn en del andre land. En annen forklaring er at strykprosenten i Ungarn er svært høy, slik at studenter foretrekker å søke seg til land der det er større sjanse for å komme gjennom studiet uten å ta mange eksamener om igjen.

Det at relativt få har endret eller planlegger å endre studiested, må ses i sammenheng med at overflytting til annet studiested i praksis kan være vanskelig. For det første er det i de fleste land få studieplasser til disposisjon for viderekomne studenter. Eksempelvis har man i dag bare mulighet til å bli overflyttet til studiet i Norge hvis noen avbryter studiet der. Det er svært lavt frafall i Norge, og konkurransen om de få plassene som blir ledige er hard. Videre er det slik at man risikerer å måtte starte på et lavere studietrinn hvis man bytter lærested, og dette oppfattes som lite aktuelt for de fleste. Som vi skal komme tilbake til i kapittel seks, er det relativt mange som ville foretrukket å studere i Norge dersom de hadde hatt reell mulighet til det.

## 4.4 Karakterer fra videregående skole

En av mytene om utenlandsstudenter generelt, og kanskje medisinstudenter spesielt, er at de har dårlige karakterer fra videregående skole. Vi ønsket derfor å kartlegge i hvilken grad dette stemmer med virkeligheten, og ba studentene krysse av for karaktersnitt fra videregående skole<sup>9</sup>. Av tabell 4.3 ser vi at halvparten av studentene oppgir å ha et karaktersnitt fra videregående skole som er høyere enn 5. Ytterligere 34 prosent oppgir et snitt mellom 4,51 og 5,00.

---

<sup>9</sup> Vi vet imidlertid ikke om studentene oppgir karaktersnitt fra forbedrede eller uforbedrede vitnemål.

**Tabell 4.3** *Karaktersnitt fra videregående skole. Vertikal prosentuering.*

Karakter- snitt	Total	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Engelsk- språklige	Andre
Opp til 4,00	5	2	12	7	1	3	3	2
4,01 – 4,50	12	3	26	25	7	5	3	15
4,51 – 5,00	34	31	38	44	26	31	26	36
5,01 – 5,50	43	61	22	22	55	48	42	45
5,51 – 6,00	7	4	2	3	11	13	26	3
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>N</i>	715	205	131	106	73	62	76	62

Blant dem som studerer i Polen og Ungarn finner vi en lavere andel med toppkarakterer. Der har to tredeler av studentene karakterer på firetallet. Dette må ses i sammenheng med at det er lettere å komme inn på studiet i Øst-Europa enn de fleste andre land. De som har studieplass oppkjøpt av norske myndigheter har gjennomgående et høyt karakternivå. Dette trekker snittet litt opp, og nivået blant dem uten oppkjøpt studieplass er noe lavere (se vedleggstabell 4a). Likevel er hovedinntrykket at en overveiende majoritet av de som studerer medisin i utlandet har et karakternivå som burde være tilstrekkelig høyt for å kunne mestre et medisinstudium.

Medisinstuderer i Norge har et enda høyere karaktersnitt enn utenlandsmedisinstudentene, men dette er først og fremst en konsekvens av sterk konkurranse om studieplassene, ikke hvilke formelle krav som stilles for å tas opp på studiet. Konkurransen om studieplassene i Norge fører til at karaktersnittet som i praksis fordres for å komme inn på studiet blir presset opp. Etersom inntaket baseres utelukkende på karakterer<sup>10</sup>, er det slik at de som er tatt opp på studiet de senere år stort sett har hatt et karaktersnitt på over 5,5. For øvrig kan det nevnes at medisinstudentene i utlandet har et høyere karaktersnitt enn andre utenlandsstudenter (Wiers-Jenssen 1999; 76).

#### 4.4.1 Gjenopptak av eksamener fra videregående skole

Fra en studie av medisinstuderer i Norge, vet vi at det har vært svært vanlig å ta opp fag fra videregående skole for å forbedre mulighetene til å komme inn på studiet (Wiers-Jenssen, Vaglum og Ekeberg 1995). Blant dem som påbegynte medisinstudiet i Norge i 1993 hadde tre av fire studenter tatt opp fag. Gjennomsnittlig antall avlagte privatisteksamener for

<sup>10</sup> Det finnes kvoter for studenter som tas opp på spesielle vilkår, for eksempel studenter med samisk bakgrunn eller med videregående skole i utlandet, men kvotene er små.

hele årskullet var 8,5, og blant dem som hadde tatt opp fag var snittet 11 eksamener. Dette bildet har antakelig endret seg i ettertid, ettersom kvotene for studenter med uforbedrede vitnemål fra videregående skole har blitt utvidet. Blant dem som slipper inn på medisinstudiet i Norge, er det nå totalt sett færre som har tatt opp eksamener fra videregående skole. Trolig er konkurransen desto hardere om de studieplasser der forbedrede vitnemål brukes som grunnlag for opptak.

Vi ønsket å finne ut i hvilken grad de som studerer i utlandet også hadde vært innom en poengsamlingsfase, for å forbedre karakterer for å komme inn i Norge eller utlandet. Det viste seg at 56 prosent har tatt opp fag fra videregående skole. Gjennomsnittlig har disse tatt opp sju eksamener hver. To tredeler av utenlandsstudentene har tidligere søkt medisinstudiet i Norge, slik at målet med poengsamlingen kan antas å ha vært å komme inn på studiet i Norge. Hver femte student har søkt i Norge mer enn én gang før de påbegynte studiet i utlandet. Fem prosent av studentene oppgir at de har fått plass på studiet i Norge, men takket nei.

## **4.5 Familietradisjoner, nettverk og egen utenlandserfaring**

Europeiske undersøkelser av utenlandsstudenter viser at det er en høy andel som har foreldre som har bodd eller studert i et annet land (Opper, Teichler og Carlson 1990). Dette kan være en indikasjon på at utenlandsstudier er noe det er tradisjoner for i enkelte familier. I de kvalitative intervjuene fortalte flere studenter at de fant det «naturlig» å studere i utlandet fordi de kom fra en internasjonal familie (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998). Den kvantitative studien av utenlandsstudenter generelt bekrefter at det er relativt mange norske utenlandsstudenter som har foreldre som har bodd i utlandet; 35 prosent har enten mor, far eller begge foreldre som har vært bosatt i utlandet mer enn tre måneder (Wiers-Jenssen 1999; 45). Blant medisinstudentene er denne andelen signifikant høyere; 41 prosent. Tabell 4.4 viser andelen som har ulike slektninger eller nære venner som har bodd utenlands i mer en tre måneder.

**Tabell 4.4** Prosentandel med familie eller venner som har bodd utenlands i mer enn tre måneder. N=756.

Familie/venner	Prosent
Far	36
Mor	31
Søsken	36
Andre nære slektninger	37
Nære venner	67
Verken familie eller venner som har bodd utenlands	14

Noen av slektingene har bodd i utlandet fordi de har opprinnelse i et annet land enn Norge. 13 prosent av mødrene og 8 prosent av fedrene har en annen nasjonalitet enn norsk. Dette er noe høyere enn gjennomsnittet for utenlandsstudenter totalt, der 9 prosent av mødrene og 7 prosent av fedrene har bodd i utlandet. Disse forskjellene er imidlertid ikke statistisk signifikante. Medisinstudentene har imidlertid en signifikant høyere andel foreldre med asiatisk bakgrunn enn gjennomsnittet for utenlandsstudenter. Cirka tre prosent av medisinstudentenes mødre og fedrene har asiatisk bakgrunn, mens dette gjelder under én prosent av alle utenlandsstudenter har slik bakgrunn. Andelene er høyest blant medisinstudentene i Ungarn og Polen.

Nesten halvparten av studentene (47 prosent) har også selv et utenlandsopphold av minst tre måneders varighet bak seg. Hva de foretok seg under utenlandsoppholdet framgår av tabell 4.5

**Tabell 4.5** Studenter med tidligere utenlandsopphold av minst tre måneders varighet etter aktivitet. Prosent. (Det var mulig å angi flere alternativer) N=356.

Aktivitet	Prosent
Gikk på videregående skole	31
Fulgte med foreldre	27
Arbeidet (som au pair e.l.)	22
Høyskole/universitetsutdanning	17
Feriereise	15



Vi kan konkludere med at en betydelig andel av studentene har internasjonale kontaktpunkter gjennom at de selv, deres foreldre, andre slektninger eller nære venner har bodd i utlandet<sup>11</sup>.

## 4.6 Informasjon og søknadsprosess

Er medisinstudier i utlandet en del av en langsiktig planlegging? Som vi skal se senere ville de fleste i utgangspunktet foretrukket studieplass i Norge. To tredelers har forsøkt å komme inn på studiet i Norge uten hell. Bare 15 prosent av studentene vurderte å studere medisin i utlandet *før* de begynte på videregående skole. Nesten halvparten (46 prosent) begynte å vurdere det mens de gikk på videregående, og de resterende 39 prosentene begynte først å vurdere dette etter at de hadde avsluttet ordinær videregående skole. Dette tyder på at å studere medisin i utlandet i større grad er en «dyd av nødvendighet», for å realisere en yrkesambisjon, enn et resultat av et langvarig ønske om å oppholde seg i utlandet.

### 4.6.1 Informasjonskilder

Hvordan skaffer studentene seg informasjon om studiemuligheter i utlandet? Informasjon om utenlandske læresteder er vanskeligere å finne fram til enn informasjon om studier i Norge, men har likevel blitt mer tilgjengelig enn tidligere, både gjennom internett, den årlige utdanningsmessen på Sjølystsenteret i Oslo og agenter som arbeider for å rekruttere norske studenter. Det finnes et hav av muligheter der ute, men hvordan orienterer studentene seg for å få fatt på relevant informasjon? Som vi har vært inne på, har mange familie eller venner som har studert i utlandet. Det er rimelig å anta at dette kan ha bidratt til å påvirke beslutningen om å reise utenlands. I de kvalitative intervjuene fikk vi inntrykk av at mange i en tidlig orienteringsfase hentet inspirasjon og informasjon fra slike forbindelser. I den mer aktive orienteringsfasen synes ANSA (interesseorganisasjonen for norske studenter i utlandet) å spille en sentral rolle. Gjennom ANSA skaffer studentene seg blant annet adresser til læresteder, slik at de senere kan ta direkte kontakt med disse selv. Tabell 4.6 bekrefter at ANSA har en svært framtrædende posisjon som informasjonskilde også for medisinstudenter.

---

<sup>11</sup> Vi vet imidlertid ikke hvor store disse andelene er blant studenter i Norge eller befolkningen generelt.

**Tabell 4.6** Prosentandel som har benyttet ulike kilder til informasjon om utdanning. (Det var mulig å angi flere alternativer) N=756.

Informasjonskilde	Prosent
ANSA	77
Venner	55
Familie	28
Lånekassen	27
Annet	21
Rådgiver videregående skole	16
Internett	13
Studieveileder høyskole/universitet i Norge	5

Medisinstudentene har brukt ANSA i ennå høyere grad enn utenlandsstudenter flest (Wiers-Jenssen 1999; 61). Videre har over halvparten innhentet informasjon fra venner. Om lag hver fjerde student oppgir at familie og Lånekassen har hatt betydning. Hver femte student oppgir «annet» som informasjonskilde, og i denne kategorien inngår for eksempel informasjon fra Goetheinstituttet, British Council og ambassader. Den årlige utdanningsmessen i Oslo, der en rekke utenlandske utdanningsinstitusjoner er representert, inngår også i denne kategorien. Det samme gjør informasjonskontorer og agenter som arbeider for å skaffe norske studenter til utenlandske universiteter. Eksempler på slike er International Education Centre (IEC) og Bjørknes World Wide Education. Tabell 4.6 viser også at rådgivere og studieveiledere har relativt liten betydning som informasjonskilde. Henholdsvis 16 og 5 prosent har fått informasjon gjennom slike kanaler.

#### 4.6.2 Søknadsprosessen

Å søke på høyere utdanning i utlandet er som regel mer tid- og ressurskrevende enn å søke i Norge. Søknadsprosessen oppfattes som en omstendelig tålmodighetsprøve, noe som er nærmere beskrevet i rapporten basert på de kvalitative intervjuene (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998). Vitnemål og andre dokumenter må som oftest oversettes, og mange land krever andre papirer og opplysninger enn man er vant med hjemmefra. Eksempelvis kan man være nødt til å skaffe til veie vandelsattest og anbefalingsbrev fra norske lærere. Det er også vanlig å måtte skrive en begrunnelse for hvorfor man ønsker å studere medisin. De færreste land har noe sentralt opptakssystem, tilsvarende det vi i Norge kaller *Samordna*

*opptak*, noe som medfører at man må sende en søknad til hvert lærested. Det er ikke uvanlig å søke samtlige tyske universiteter som tilbyr legeutdanning (ca. 36), og det følger unektelig en del arbeid med å sende så mange søknader. Opptaksprøver og intervjuer er en del av prosessen i land som Ungarn, Polen og Storbritannia. Bestått språkstest før studiestart er nødvendig i land som Tyskland, og dette medfører at en del potensielle medisinstudenter må investere tid i språkkurs. Det kan også nevnes at tidsrommet fra man søker til man får svar kan ta opp til et år. Informasjons- og søknadsinnhentingsprosessen kan med andre ord være lang og krevende, og det er rimelig å anta at de som ikke faller fra underveis er godt motivert.

## 4.7 Sosial bakgrunn

Rekrutteringen til høyere utdanning er generelt sosialt skjev, og barn fra høyere sosiale lag tar hyppigere høyskole- og universitetsutdanning enn andre. Dette er vist i en rekke studier, både nasjonalt og internasjonalt (se f.eks. Hernes og Knudsen 1986, Aamodt 1982, Hansen og Rogg 1991, Blossfeld og Shavit 1993). De senere år har det skjedd en viss sosial utjevning i rekrutteringen til høyskolene og de åpne universitetsfagene i Norge, mens rekrutteringen til såkalte elitefag<sup>12</sup>, deriblant medisin, er like sosialt skjev som tidligere (Hansen 1999).

Medisinstudiet har tradisjonelt vært blant de fag som har hatt den skjevste sosiale rekrutteringen i Norge (Lindbekk 1962, Aamodt 1982, Larsen 1986b), og fremdeles er det altså svært få medisinstudenter med bakgrunn fra lavere sosiale lag.

Når det gjelder utenlandsmedisinernes sosiale rekruttering, i forhold til dem som studerer i Norge, hadde vi i utgangspunktet to konkurrerende hypoteser. Den ene var at rekrutteringen ville være *mindre skjev*, ettersom det er lettere å komme inn i utlandet. Flere studier har vist en sammenheng mellom karakterer og sosial bakgrunn; de som har lav sosial bakgrunn har gjennomsnittlig dårligere karaktersnitt enn dem med høy sosial bakgrunn (Se f.eks. Grøgaard 1995, Hovland 2000). Man kunne ut fra dette tenke seg at det ville være et større innslag av ungdom fra lavere sosiale lag blant medisinstudentene når karakterkravene ikke er så ekstremt høye som i Norge. Videre kunne man tenke seg at det er de mest motiverte som tar seg bryet med å reise utenlands for å få den utdanningen de vil ha, og det er ikke gitt at dette er dem med høyest sosial bakgrunn.

---

<sup>12</sup> Helseprofesjoner (leger, tannleger, farmasøyter, veterinærer), jus, siviløkonomer og sivilingeniører.

Den andre hypotesen gikk ut på at utenlandsmedisinerne er *skjevere* sosialt rekruttert enn de som studerer i Norge. Dette kan begrunnes ut fra både økonomi og tradisjoner. Noen utenlandske læresteder krever studieavgifter som langt overstiger Lånekassens maksimumssatser (dette gjelder fortrinnsvis i engelskspråklige land). Skal man studere ved slike læresteder er man som oftest avhengig av betydelig økonomisk støtte fra familie. De fleste velger imidlertid læresteder der eventuelle studieavgifter er innenfor Lånekassens kostnadsnorm, slik at studieavgifter i teorien ikke bør utgjøre noen avgjørende hindring for å studere i utlandet. Det kan imidlertid være et problem at mulighetene for å spe på studielånet med deltidarbeid er dårligere når man studerer i utlandet enn i Norge. Dette medfører at utenlandsstudenter i større grad enn andre er avhengige av høyt lånopptak i Lånekassen, samt eventuell økonomisk støtte fra familie, for å finansiere studiene. Det har også vært hevdet at frykten for å ta opp høye studielån er generelt mindre blant ungdom fra høyere sosiale lag enn andre, og man kan derfor tenke seg at kostnader knyttet til utenlandsstudier virker mindre avskrekkende på disse. En fersk undersøkelse viser at ungdom med høy sosial bakgrunn tar opp større studielån enn ungdom med lav sosial bakgrunn, også når man kontrollerer for studielengde (Fekjær 2000).

Videre har vi sett at en relativt stor andel av studentene som har foreldre som har bodd i utlandet. Det er rimelig å anta at en del av disse har oppholdt seg i utlandet i forbindelse med utdanning, og at utenlandsstudier således kan være en familietradisjon.

#### 4.7.1 Foreldrenes utdanningsnivå

Sosial bakgrunn operasjonaliseres ofte som foreldrenes utdanningsnivå. Tabell 4.7 viser utdanningsnivået til foreldrene til medisinstudentene i utlandet.

**Tabell 4.7** Foreldrenes høyeste utdanning. Vertikal prosentfordeling

Utdanningsnivå	Far	Mor
Grunn-/folke-/realskole	8	14
Fag/yrkesutdanning på videregående skoles nivå	15	15
Gymnas	3	9
Inntil 4 års høyskole/universitetsutdanning	24	38
Mer enn 4 års høyskole/universitetsutdanning	50	25
Sum	100	100
<i>N</i>	747	748

Til sammen 74 prosent av fedrene og 63 prosent av mødrene har utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. 81 prosent har én eller begge foreldre med høyere utdanning. Sammenlignet med gjennomsnittet for alle typer utenlandsstudenter, er det en høyere andel som har foreldre med høy utdanning blant medisinstudentene. Blant alle utenlandsstudenter sett under ett har 64 prosent far med høyere utdanning, 51 prosent mor med høyere utdanning og 71 prosent har én eller begge foreldre med høyere utdanning (Wiers-Jenssen 1999; 42).

Sammenlignet med medisinstudenter i Norge, har medisinstudenter i utlandet omtrent like høy sosial bakgrunn i snitt. Blant dem som påbegynte sitt medisinstudium ved norske universiteter i 1993 hadde 73 prosent fedre med utdanning på høyskole- eller universitetsnivå (Wiers-Jenssen 1994). Blant dem som studerte på første eller andre året høsten 1998 hadde 82 prosent én eller begge foreldre med høyere utdanning (NIFU/Norsk Gallup upubliserte data).

Som vi kan se av tabell 4.8 varierer imidlertid utenlandsmedisinernes sosiale bakgrunn med studieland. De som studerer i engelskspråklige land og i Norden har høyere sosial bakgrunn enn dem som studerer i Norge, mens det er lavere andel med høytutdannede foreldre blant dem som studerer i Ungarn og Polen. Resultatene kan således gi en viss støtte til begge de konkurrerende hypotesene vi skisserte, men totalt sett er rekrutteringen omtrent like skjev som i Norge.

**Tabell 4.8** *Prosentandel foreldre med høyere utdanning blant norske medisinstudenter i ulike land.*

Land	Foreldre med høyere utdanning			
	Far	Mor	En eller begge	N
Tyskland	74	66	81	209-210
Ungarn	66	53	71	132-133
Polen	64	54	74	109-110
Danmark	81	67	88	74
Sverige	84	67	87	69
Engelskspråklige land	84	73	90	80
Andre	80	59	82	69
Alle	74	62	81	742-744

## 4.7.2 Selvrekuttering

I tidligere tider var det vanlig at barna ble rekruttert inn i de samme yrkene som foreldrene. Mer presist var det særlig slik at sønnene overtok farens yrke. Det moderne samfunns yrkesmangfold har medført at det ikke lenger er så utbredt å ha samme *yrke* som foreldrene, selv om det er vanlig å ha et yrke med *tilsvarende sosial status*. I enkelte yrker er imidlertid selvrekutteringen fremdeles sterk. Dette gjelder særlig yrker der de materielle rammene ligger til rette for det, for eksempel ved arv av gård, bedrift, advokatpraksis med mer. Tradisjonelt har profesjonsfag hatt en sterk grad av selvrekuttering, men det har vært lavere grad av selvrekuttering innenfor legeyrket enn andre profesjoner. Fram til 1960 hadde under fem prosent av medisinstudentene fedre i medisinske yrker (Aubert m.fl. 1960). I 1975 var andelen mannlige medisinstudenter med far i medisinsk arbeid (leger og tannleger) 12 prosent (Aamodt 1982). På 90-tallet er selvrekutteringen betydelig høyere enn tidligere. Blant dem som påbegynte medisinstudiet i Norge i 1993 hadde 18 prosent far i legeyrket og fem prosent mor i legeyrket (Wiers-Jenssen 1994; 42). Dette kan delvis ses i sammenheng med at legeprofesjonen har vokst, og at det følgelig er flere legeførelde i populasjonen. Tabell 4.9 viser at andelen med leger i familien synes ennå noe høyere blant dem som studerer i utlandet på slutten av 1990-tallet<sup>13</sup>.

**Tabell 4.9** Prosentandel studenter med slektninger som er leger eller medisinstudenter. *N* = 756

Slektning med legeutdanning	Prosent
Far	22
Mor	6
Søsken	9
Bestefar/bestemor	6
En eller flere av de ovenfor nevnte slektninger	30

Til sammen 30 prosent av studentene oppgir å ha enten foreldre, søsken eller besteforeldre som er leger. Det er ikke forskjeller mellom mannlige og kvinnelige studenter i andelen som har legefår. På dette punkt skiller utenlandsstudentene seg fra dem som studerte i Norge på 90-tallet. Blant dem som startet på medisinstudiet i Norge i 1993 var det signifikant flere menn enn kvinner som hadde far i legeyrket (Wiers-Jenssen 1994; 45).

<sup>13</sup> Forskjellen mellom dagens utenlandsstudenter og de norske studentene i 1993 er ikke statistisk signifikant.

Andelen med leger i familien varierer noe med studieland (se vedleggstabell 4 b). Høyest andel finner vi blant dem som studerer i engelskspråklige land og i «andre» land. Lavest andel finner vi blant dem som studerer i Ungarn og Polen.

### 4.7.3 Foreldrenes samlede inntekt

I spørreskjemaet ble studentene bedt om å angi foreldrenes samlede husholdsinntekt. Dette er en type data som er heftet med usikkerhet på individnivå<sup>14</sup>, men som likevel kan gi verdifull informasjon på gruppenivå. Resultatene viser at medisinstudentenes foreldre har noe høyere inntekt enn gjennomsnittet for alle utenlandsstudenter. Av tabell 4.10 ser vi at til sammen 44 prosent av medisinstudentene har foreldre med samlet bruttoinntekt over 600 000 kroner. For utenlandsstudenter sett under ett er prosenten 36. Høyest andel med høytlønte foreldre finner vi blant medisinstudentene i engelskspråklige land, der hele 63 prosent har foreldre med bruttoinntekt over 600 000 kroner. Dette kan sees i sammenheng med at studieavgiftene man må betale i engelskspråklige land er svært høye, dersom man ikke har studieplass som er oppkjøpt av norske myndigheter.

**Tabell 4.10** Foreldrenes samlede inntekt (samlet brutto husholdsinntekt). Prosent.

NOK	Medisinstudenter	Gjennomsnitt for alle utenlandsstud.
Mindre enn 200000	4	6
200 000 – 400 000	19	25
400 000 – 600 000	33	34
600 000 – 800 000	26	22
800 000 - 1 000 000	10	6
Mer en 1 000000	8	6
Sum	100	100
N	717	1074

<sup>14</sup> For det første kan det være vanskelig for studentene å estimere foreldrenes inntekt, for det andre kan forhold som skilsmisse, død og nye familie-konstellasjoner innebære at foreldrenes samlede inntekt ikke nødvendigvis er en god indikator på familieøkonomi.

## 4.8 Oppsummering om bakgrunn

Selv om et mindretall av nordmenn som studerer medisin i utlandet har gode nok karakterer til å komme inn på studiet i Norge, har de gjennomgående et høyt karaktersnitt fra videregående skole. Karakternivået varierer noe med studieland, men det er likevel grunn til å avlive myten om at de som studerer medisin i utlandet har *dårlige* karakterer. Karaktersnittet er imidlertid påvirket av at drøyt halvparten av studentene har forbedret sine karakterer gjennom å ta opp fag fra videregående skole. To av tre studenter har søkt i Norge, uten å komme inn, noe som viser at de fleste ville foretrukket å studere i Norge.

Mange av medisinstudentene har familie eller venner som har bodd eller studert i utlandet, og om lag halvparten har selv et utenlandsopphold av minst tre måneders varighet bak seg før de begynte på medisinstudiet. Det er rimelig å anta at slike kontaktpunkter og erfaringer kan bidra til å senke terskelen for å reise ut for å studere.

De fleste som studerer medisin i utlandet har funnet fram til universitetet selv, men 11 prosent har studieplass oppkjøpt av norske myndigheter. Den siste gruppen har fått tildelt plassen gjennom å søke på medisinstudiet i Norge, og har følgelig karaktersnitt på linje med dem som studerer hjemme.

De aller fleste som studerer medisin har tatt, og planlegger å ta, *bele* utdanningen ved det lærested de nå studerer ved. Blant dem som har skiftet, eller som planlegger å skifte, lærested underveis er det en overhyppighet av studenter ved ungarske læresteder.

Med hensyn til innhenting av informasjon om studier i utlandet, står ANSA sentralt. Tre av fire medisinstudenter har vært i kontakt med denne organisasjonen. Venner er en annen viktig kilde til informasjon, det samme er familie. Dette understreker at nettverk og miljø har betydning for informasjonstilgangen. De som studerer medisin i utlandet har foreldre med noe høyere utdannings- og inntektsnivå enn gjennomsnittet for norske utenlandsstudenter. De skiller seg imidlertid ikke vesentlig fra medisinstudenter i Norge når det gjelder foreldrenes utdanningsnivå. Relativt mange har leger i nærmeste familie. Dette er imidlertid også vanlig blant dem som studerer i Norge.



## 5 Begrunnelser for valg av studiested og studium

Hvorfor reiser noen til utlandet for å studere medisin? Mange vil nok tenke at svaret på dette spørsmålet er ganske opplagt; man reiser ut fordi man har for dårlige karakterer til å komme inn på medisinstudiet i Norge. Som vi så i forrige kapittel har de fleste medisinstudenter et karaktersnitt som *ikke* er høyt nok til å komme inn i Norge, og dette er selvsagt en tungtveiende årsak til å reise ut for flertallet. Men som vi skal se, er det også andre faktorer som spiller inn. Det er dessuten flere beslutninger som skal fattes når man skal studere i utlandet; i tillegg til å bestemme seg for å reise ut, må man også gjøre seg opp en mening om i hvilket land og ved hvilket universitet man skal studere. På hvilket grunnlag fattes slike beslutninger? Dette er spørsmål vi skal forsøke å besvare i dette kapittelet.

I denne undersøkelsen har vi søkt å kartlegge ulike deler av beslutningsprosessen, og studentene er bedt om å begrunne sine beslutninger på tre nivå:

- avgjørelsen om å studere utenlands
- valg av studieland
- valg av lærested

### 5.1 Hvorfor studere i utlandet?

Det er tidligere vist at norske utenlandsstudenters generelle begrunnelser for å reise ut grovt sett kan kategoriseres i to eller tre dimensjoner, der skillet går mellom motiver knyttet til «lyst» og «tvang» (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998, Wiers-Jenssen 1999). «Lyst»-motivene dreier seg om å være tiltrukket av muligheten for å lære i språk og kultur å kjenne, å studere i et internasjonalt miljø og å ha en porsjon eventyrlyst. Dette er ofte motiver som ikke er knyttet til selve utdanningen, men til det man får «på kjøpet» ved å studere ute, kort sagt; å søke nye impulser. «Tvangs»-motivene er knyttet til at man ikke kommer inn på ønsket studium i Norge, og at man dermed er «tvunget» til å reise ut hvis man skal realisere sine utdannings- og yrkesambisjoner. En tredje dimensjon inneholder både elementer av «lyst» og «tvang». Den dreier seg om at man ønsker seg en utdanning der det ikke gis ekvivalent tilbud i Norge, eller at man har en oppfatning om at kvaliteten på utdanningen er høyere i utlandet, kort sagt en *annerledes utdanning*. Denne dimensjonen beskriver forhold som i begrenset grad berører medisinstudenter.

Fra undersøkelsen av utenlandsstudenter generelt vet vi at studentenes begrunnelser for å reise ut varierer sterkt med fagområde. De som studerer medisinske fag og andre helsefag skiller seg fra øvrige grupper ved at flere begrunner utenlandsoppholdet med at de ikke fikk plass på ønsket studium i Norge, og ved at mange legger avgjørende vekt på at de hadde ønske om å få et bestemt yrke (Wiers-Jenssen 1999; tabell 5.1). Med andre ord er «tvangs»-motiver framtrедende, mens «lyst»-motivene kommer noe mer i bakgrunnen.

Tabell 5.1 viser hvordan medisinstudentene tillegger ulike faktorer betydning i forhold til beslutningen om å reise ut<sup>15</sup>. Vi ser at den faktoren som tillegges størst vekt er «Hadde et sterkt ønske om å få et bestemt yrke». Sju av ti tillegger denne faktoren avgjørende betydning. «Fikk ikke plass på ønsket studium i Norge» er den faktoren som har nest størst betydning. Mer enn halvparten oppgir at dette hadde avgjørende betydning for beslutningen om å studere i utlandet. Ikke overraskende bekreftes at «tvangsmotiver» har en sentral plass. Men det er verd å merke seg at «lyst-motiver» som «Eventyrlyst», «Ønske om å studere i et utenlandsk miljø» og «Ønske om å oppleve en annen kultur» også tillegges vesentlig betydning.

De generelle begrunnelsene for å reise ut varierer til en viss grad med studieland. Dette må ses i sammenheng med rammebetingelsene man eksponeres for i ulike land. Eksempelvis er det ikke interesse for dansk språk eller svensk kultur som trekker studenter til skandinaviske land, mens interesse for språk og kultur er en betydningsfull motivasjonsfaktor blant dem som studerer i engelskspråklige land og i Tyskland. Mønstre som skyldes rammevilkår gjenspeiles også i begrunnelsene for å velge studieland.

---

<sup>15</sup> Svaralternativene er utviklet for å passe alle typer utenlandsstudenter, og enkelte alternativer har begrenset aktualitet for medisinstudenter.

**Tabell 5.1** Begrunnelse for å reise til utlandet for å studere. Vektlegging av ulike faktorer, horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre (3 = avgjørende betydning 0 = ingen betydning) N = 750-752.

Begrunnelse	Avgj. betydn.	Nokså stor betydn.	Litt betydn.	Ingen betydn./ ikke aktuelt	Gjennomsnittsskåre
Hadde et sterkt ønske om å få et bestemt yrke	71	13	5	11	2,4
Fikk ikke plass på ønsket studium i Norge	55	18	12	15	2,1
Interessant å studere i et utenlandsk miljø	30	37	25	8	1,9
Eventyrløst	23	36	30	12	1,7
Ønsket å oppleve en annen kultur	18	32	33	17	1,5
Ønsket å få en pause fra vante omgivelser	30	28	29	14	1,3
Tilfeldigheter	20	23	26	31	1,3
Ønsket å lære/forbedre språk	17	23	29	31	1,2
Ønsket å få et annet perspektiv på Norge	12	27	31	30	1,2
Ble anbefalt det av andre	12	30	29	29	1,2
Forbedre mulighetene for en internasjonal karriere	9	18	31	42	0,9
Bedre kvalitet på dette studiet i utlandet	6	12	23	59	0,6
Var spesielt interessert i et bestemt land	6	9	26	60	0,6
Skeptisk til norsk utdanningssystem	2	5	13	80	0,3
Studiet tar kortere tid i utlandet	2	6	11	82	0,3
Søknadsprosessen var tilrettelagt av norsk lærested	8	3	2	87	0,3
Utenlandsk familiebakgrunn	4	4	5	87	0,2
Kjæreste som bodde/studerte i utlandet	2	2	1	95	0,1
Ville studere i mitt tidligere hjemland	1	1	1	97	0
Studiet finnes ikke i Norge	0	0	0	100	0

Vi ba også studentene om å angi og rangere de tre begrunnelsene i tabell 5.1 som hadde hatt størst betydning for dem. Tabell 5.2 viser hvilke begrunnelser som ble tillagt størst vekt. Fire av ti oppga «Fikk ikke plass på ønsket studium i Norge» som viktigste årsak, og til sammen 65 prosent oppga dette som en av de tre viktigste årsakene. «Hadde et sterkt ønske om å få et bestemt yrke» ble oppgitt som den viktigste årsaken av 25 prosent, og 65 prosent anså dette som en av de tre viktigste årsakene.

**Tabell 5.2** *Viktigste grunner til å studere i utlandet. Prosent N=751.*

Begrunnelse	Prosent
Fikk ikke plass på ønsket studium i Norge	40
Hadde et sterkt ønske om å få et bestemt yrke	25
Interessant å studere i et utenlandsk miljø	8
Tilfeldigheter	5
Bedre kvalitet på dette studiet i utlandet	4
Eventyrlyst	4
Annet	14
Sum	100

Rangeringen i tabell 5.2 gir et litt annet bilde av hvilken enkeltfaktor som har størst betydning, sett i forhold til tabell 5.1, men rokker ikke ved det faktum at såkalte «tvangsmotiver» ligger i bunnen for beslutningen om å reise ut. Det er ikke først og fremst eventyrlyst, eller interesse for språk og kultur, som har lokket medisinstudentene ut – utenlandsoppholdet er i utgangspunktet et middel for å nå målet om å bli lege. Framfor å velge en annen utdanning, eller forsøke å (ytterligere) forbedre karakterer fra vide-regående skole, har de valgt å reise til utlandet for å realisere sine utdanningsambisjoner. Dette indikerer sterk motivasjon. Mange så *i tillegg* positivt på mulighetene for å forbedre språkkunnskaper og oppholde seg i et utenlandsk miljø og så videre, men det synes klart at det er ønsket om å bli lege som kommer i første rekke. Hvilke faktorer som ligger til grunn for ønsket om å bli lege skal vi komme tilbake til mot slutten av kapitlet.

## 5.2 Valg av studieland

Tabell 5.3 viser hvordan studentene vektlegger ulike faktorerers betydning for valg av studieland. Her ser vi at «Lettere å komme inn på dette studiet i dette landet enn i andre land (utenom Norge)» er den begrunnelsen som tillegges størst vekt.

**Tabell 5.3** Begrunnelse for valg av studieland. Vektlegging av ulike faktorer. Horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre (3 = avgjørende betydning 0 = ingen betydning) N = 750-752.

Begrunnelse	Avgj. betydn.	Nokså stor betydn.	Litt betydn.	Ingen betydn./ ikke aktuelt	Gjennomsnittsskåre
Lettere å komme inn på studiet i dette landet enn andre land (utenom Norge)	29	17	13	41	1,3
Gode forkunnskaper i språket	18	21	12	48	1,1
Ønsket å gå på bestemt utdanningsinstitusjon	24	12	14	50	1,1
Familie/venner hadde studert i landet og anbefalt det	15	19	18	49	1
Geografisk nærhet til Norge	9	19	27	46	0,9
Lavere kostnader enn andre land	10	18	24	48	0,9
Ønsket å forbedre kunnskaper i / lære vertslandets språk	10	14	24	52	0,8
Kulturell nærhet til Norge	5	14	27	54	0,7
Spesielt interessert i landets kultur	2	7	21	69	0,4
Behagelig klima	1	5	16	78	0,3
Geografisk distanse fra Norge	2	6	14	79	0,3
Kulturell distanse fra Norge	1	7	15	78	0,3
Hadde familie som bodde der	4	3	4	90	0,2
Hadde kjæreste som bodde der	3	1	1	95	0,1

De som studerer i Ungarn og Polen tillegger dette stor betydning, mens dette er et lite aktuelt moment for dem som studerer i engelskspråklige land. Også andre begrunnelser varierer med studieland, noe som er detaljert framstilt i vedleggstabell 5a. «Gode forkunnskaper i språket» har hatt mye å si for dem som valgte Tyskland og engelskspråklige land, men hadde ingen betydning for de fleste som valgte å studere i Øst-Europa. Faktoren «Anbefalinger fra familie og venner som har gått der» har hatt størst betydning for dem som studerer i Tyskland. Dette må ses i sammenheng med at Tyskland har lange tradisjoner som vertsland for norske utdanningsøskende, og fremdeles er det land med det høyeste antall

norske medisinstuderer. «Lavere kostnadsnivå enn andre land» er mest vektlagt blant dem som studerer i Øst-Europa, mens geografisk og kulturell nærhet tillegges betydning av flertallet av dem som studerer i Norden.

### 5.2.1 Alternative studieland

Det er ikke slik at alle studerer i det landet de helst ville foretrukket. Én ting er at to av tre studenter i utgangspunktet ville foretrukket å studere i Norge, noe vi skal komme tilbake til i neste kapittel. En annen ting er at mange ville foretrukket å studere i andre «utland» enn det de nå studerer i. Til sammen 46 prosent av studentene svarer at de i utgangspunktet ville foretrukket et annet studieland (utenom Norge) enn der de faktisk studerer. Blant dem som studerer i Ungarn og Polen ville mer en sju av ti i utgangspunktet foretrukket et annet studieland, mens det i de fleste andre land er et klart flertall som har kommet til det studielandet de ønsket (Se vedleggstabell 5b). Som det framgår av tabell 5.4 er Storbritannia er det desidert mest populære alternativet blant studenter som ikke er i det landet de foretrekker

**Tabell 5.4** Foretrukket studieland blant studenter som ikke studerer i det land (utenom Norge) de helst ville studere. N= 333. Prosent.

Land	Prosent
Storbritannia	38
Danmark	13
USA	12
Sverige	8
Irland	8
Australia	5
Tyskland	7
Andre	9
Sum	100

De studentene som ville foretrukket å studere i et annet land, ble bedt om å begrunne hvorfor de valgte bort dette landet<sup>16</sup>. Hele 71 prosent oppgir at økonomiske forhold er medvirkende årsak til at de ikke studerer i landet de helst ønsker. Dette må ses i sammenheng med de høye studieavgiftene i engelskspråklige land. Avslag på søknad har også betydning; 44 prosent opplyser også at de ikke kom inn på medisinstudiet i det landet de helst ønsket. 33 prosent oppgir manglende språkkunnskaper som en

<sup>16</sup> Det var mulig å krysse av for inntil tre årsaker.

av de tre viktigste årsakene til å velge bort det studielandet de helst ønsket.

### 5.3 Valg av universitet

Begrunnelsene for valg av utdanningsinstitusjon framgår av tabell 5.5. Det mest interessante ved denne tabellen er kanskje at «Tilfeldigheter» er den faktoren som oppgis å ha hatt størst betydning. Denne faktoren er faktisk sterkere vektlagt enn «Lærestedets renommé», og på dette punkt skiller medisinstudenter seg fra de fleste andre grupper av utenlandsstudenter (Wiers-Jenssen 1999; 60). Dette har flere forklaringer. Dels skyldes det at norske studenter generelt synes lite bevisste eventuelle kvalitetsforskjeller mellom lærestedene. Gjennom dybdeintervjuene formidlet flere studenter at de antok at de læresteder som var godkjent av Lånekassen hadde en tilstrekkelig kvalitet (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998). Dels skyldes dette at mange medisinstudenter søker flere steder, og at de har liten innflytelse over hvor de faktisk kommer inn. Som vi ser av tabell 5.5 oppgir om lag en tredel av studentene at de har søkt flere steder, men at de kun kom inn på sitt nåværende universitet. Eksempelvis er det blant dem som søker seg til Tyskland ikke uvanlig å søke på samtlige universiteter som tilbyr medisinutdanning, og over halvparten av norske medisinstudenter i Tyskland oppgir at renommé *ikke* hadde stor betydning. Det er videre rimelig å anta at utdanningens *innhold* og pensum er mindre varierende på medisinutdanning enn andre fag, og at medisinstudentenes valg av lærested av den grunn kan bli mer «tilfeldig» enn blant for eksempel kunststudenter som har siktet seg inn på én bestemt skole med et spesielt tilbud.

**Tabell 5.5** Begrunnelse for valg av utdanningsinstitusjon. Vektlegging av ulike faktorer, horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre (3 = avgjørende betydning 0 = ingen betydning) N = 750-752.

Begrunnelse	Avgj. betydn.	Nokså stor betydn.	Litt betydn.	Ingen betydn./Ikke akt.	Gj.-snittsskåre
Tilfeldigheter	28	27	25	25	1,5
Lærestedets renommé	14	25	24	38	1,1
Søkte flere steder, men kom bare inn på dette	20	6	7	68	0,8
Anbefalt av familie/venner som hadde gått der	28	22	25	25	0,7
Lettere å komme inn på enn andre alternativer i utlandet	9	9	11	71	0,6
Høyskole/universitet i Norge valgte lærested	8	1	0	91	0,3
Lånekassen gir ikke støtte til aktuelle alternativer	3	2	3	93	0,2
Studietilbudet finnes ikke andre steder	1	0	0	99	0

Av tabell 5.5 kan vi også se at det er en ikke ubetydelig andel av studentene som velger universitet på grunnlag av anbefalinger fra familie eller venner som har studert der tidligere.

## 5.4 Hvorfor studere medisin?

Som vi har sett, oppir mange av medisinstudentene i utlandet at de reiste ut fordi de hadde et sterkt ønske om å få et bestemt yrke. Mange har forbedret karakterer fra videregående skole, uten å oppnå tilstrekkelig høyt karaktersnitt til å bli tatt opp i Norge. Framfor å rensere på sine yrkesambisjoner foretrakk de derfor å reise ut. Men hva er det de finner så attraktivt med legeyrket? Man kan stadig lese om økende anklager om feilbehandling, ressursmangel i helsevesenet og utbrenthet blant leger. Det snakkes også om at legeyrket er i ferd med å miste mye av sin sosiale status. Likevel er det stadig flere som studerer medisin. Tabell 5.6 viser studentenes egne begrunnelser for å studere medisin.



**Tabell 5.6** *Begrunnelser for valg av medisinstudiet. Prosent og gjennomsnittsskåre (4 –1 , 4 = ingen betydning, 0 = avgjørende grad) for kvinner og menn.*

Begrunnelse	Avgj. grad	Nokså stor grad	Noen grad	Ingen betydn.	Gj.snitt-skåre alle	Gj.snitt-skåre kvinner	Gj.snitt-skåre menn
1. Mulighet for å arbeide med mennesker*	63	27	9	1	1,5	1,4	1,6
2. Ønske om utfordringer	39	46	13	3	1,8	1,8	1,8
3. Legegjerningen gir mulighet til å gjøre sosial og humanitær innsats*	39	38	19	4	1,9	1,7	2,1
4. Generell interesse for naturvitenskapelige fag	31	41	22	6	2,0	2,0	2,1
5. Sikkert arbeidsmarked	33	42	20	5	2,0	2,0	2,0
6. Interesse for menneskets biologi*	33	41	23	4	2,0	1,9	2,1
7. Mulighet for å gi mennesker omsorg*	29	41	26	4	2,1	1,9	2,2
8. Studiet fører fram til et yrke (profesjonsstudium)	32	36	24	8	2,1	2,1	2,1
9. Mulighet til god inntekt	16	35	40	9	2,4	2,5	2,4
10. Interesse for sammenhengen mellom helse, trivsel og samfunn*	12	28	39	21	2,7	2,5	2,9
11. Yrkets anseelse/status	8	26	42	25	2,8	3,0	2,7
12. Strukturert studieopplegg	7	22	33	38	3,0	3,1	3,0
13. Mulighet for å drive forskning	6	18	36	40	3,1	3,1	3,1
14. Mulighet for å utnytte gode karakterer	5	13	26	57	3,4	3,3	3,4

\* Forskjellene mellom kvinner og menn er signifikante på 0,05 nivå eller lavere.

Vi ser at «Mulighet for å arbeide med mennesker» er den begrunnelse som tillegges størst betydning, fulgt av «Ønske om utfordringer» og «Legegjerningen gir anledning til å gjøre sosial og humanitær innsats». Interesse for biologi og andre naturfag er også viktig, det samme er gode og definerte muligheter på arbeidsmarkedet. Status og inntekt tillegges relativt mindre vekt.

Resultatene bør imidlertid tolkes innenfor en ramme der man tar i betraktning hvilke andre utdanninger og yrker som ville vært aktuelle for medisinstudentene. Det er tidligere vist at få medisinstudenter vurderer andre helsefagutdanninger som alternative utdanningsvalg (Wiers-Jenssen 1994). De fleste ville valgt en annen universitetsutdanning, særlig realfag og sivilingeniørutdanning. Dette er fag hvor det er begrensede muligheter til å ha mennesker som arbeidsfelt, eller å gjøre sosial og humanitær innsats. Det sterke vektleggingen av «menneskelige» aspekter som begrunnelse for å velge medisinstudiet kan med andre ord delvis betraktes forklaringer på hvorfor noen velger medisinstudiet *framfor* andre høystatusutdanninger. Det kan tilføyes at en undersøkelse blant universitetsstudenter i Norge viser at prestisje har større betydning for utdanningsvalget til medisinstudenter enn for andre grupper, og det er kun jusstudentene som legger mer vekt på høy inntekt enn medisinstudentene (Jensen og Nygård 2000).

Spørsmålsbatteriet i tabell 5.6 er tidligere blitt brukt i en undersøkelse av medisinstudenter i Norge (Wiers-Jenssen 1994, Vaglum, Wiers-Jenssen og Ekeberg 1999). På grunnlag av en faktoranalyse ble det i den undersøkelsen konstruert indekser på grunnlag av faktoranalyse av studentenes motiver og begrunnelser for å studere medisin. Den «personorienterte» indeksen besto av variablene 1, 3 og 7. Den «ekspressive» faktoren, det vil si interessen for naturvitenskap, besto av variablene 4, 6 og 13. Den «instrumentelle» faktoren besto av variablene 5, 8, 9, 11, 12, 14<sup>17</sup>, det vil si variabler som ikke er relatert til arbeidets innhold, men til ytre forhold<sup>18</sup>. Vi har brukt den samme indeksen for å se om vi finner ulike mønstre i kvinners og menns begrunnelser for å studere medisin, og for å kunne avdekke eventuelle forskjeller mellom dem som studerer medisin i utlandet og i Norge. Dataene er ikke samlet inn på samme tidspunkt, og grunnlaget for sammenligning er derfor ikke optimalt, men vi tror likevel dataene gir fruktbar informasjon.

---

<sup>17</sup> Skåren på denne indeksen ble dividert med 2, da den inneholdt dobbelt så mange variabler.

<sup>18</sup> Indeksene ble konstruert på grunnlag av variable som hadde en faktorloading på minst 0,5. Variabel 2 og 10 hadde lavere skåre på samtlige dimensjoner og ble ikke inkludert i indeksene.

**Tabell 5.7** Begrunnelser for å studere medisin blant utenlandsstudenter og studenter i Norge. Sumskårer på motivindeks 1-12 (lav skåre = høy betydning).

Motivindeks	Utenlandsstudenter 1998/99		Begynnerstudenter i Norge 1993	
	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn
Instrumentell	8,0	7,7	8,1	8,0
Personorientert	5,0	5,9	4,6	5,5
Ekspressiv	7,0	7,2	6,8	7,1

Tabell 5.7 synliggjør at det er de personorienterte begrunnelsene som tilleggs mest vekt. Denne type begrunnelser tillegges signifikant mer vekt av kvinner enn menn, både blant utenlandsstudenter og de som påbegynnet sitt studium i Norge i 1993. Når det gjelder forskjeller mellom dem som studerer i utlandet og dem som har studert i Norge, ser vi at de som studerer i utlandet legger noe mer vekt på de personorienterte begrunnelsene. På de andre indeksene finner vi små forskjeller.

#### 5.4.1 Andres påvirkning på beslutningen om å studere medisin

Utdanningsvalg oppleves for de fleste å være en beslutning de tar selv. Vi vet likevel at valg av utdanning har sammenheng med sosial bakgrunn, oppvekstmiljø, kjennskap til ulike typer utdanninger og så videre (Se for eksempel Hansen 1986, Grøgaard 1995). I hvilken grad oppfatter studentene at andre har hatt innflytelse på deres beslutning om å studere medisin? Dette kan vi se av tabell 5.8.

**Tabell 5.8** Andres påvirkning på beslutningen om å studere medisin. Prosent. N=725-741.

Påvirkningskilde	Særlig stor grad	Stor grad	Moderat grad	Liten grad	Slett ikke	Vet ikke	Sum
Foreldre	4	12	24	25	34	1	100
Andre slektninger eller nære venner/ bekjente	2	10	21	27	39	2	100
Kjæreste/samboer/ektefelle	1	2	5	13	74	6	100
Andre	1	5	15	25	41	14	100

Vi ser at det er foreldre og andre slektninger/nære venner/bekjente som oppgis å ha størst innflytelse. Det er likevel relativt få som mener disse har hatt *stor* grad av innflytelse. På den annen side er det heller ikke så mange som sier at de *ikke* har noen innflytelse. Blant dem som selv har leger i familien, er andelen som hevder de er påvirket av foreldrene signifikant høyere enn for andre. 40 prosent av legebarna sier foreldrene har påvirket utdanningsvalget i særlig stor eller stor grad, og ytterligere 35

prosent oppgir at foreldrene har hatt moderat grad av påvirkning på utdanningsvalget. Dette viser at medisinstudiet er en familietradisjon.

Medisinstudenter som startet sin utdanning i Norge i 1993 er stilt det samme spørsmålet om i hvilken grad andre har påvirket deres utdanningsvalg. Svarfordelingene avviker svært lite fra utenlandsstudentene.

## 5.5 Oppsummering om valg av studiested og studium

De fleste som studerer medisin i utlandet ville i utgangspunktet foretrukket å studere i Norge. Det faktum at det er svært vanskelig å komme inn på medisinstudiet i Norge, gjør at studier i utlandet framtrer som en rasjonell strategi, dersom man har et sterkt ønske om å bli lege. Andre handlingsalternativer er enten å endre yrkesambisjoner, eller å forsøke å forbedre karakterer fra videregående skole. Mange har forsøkt det siste, uten at de av den grunn har oppnådd et tilstrekkelig høyt karaktersnitt til å komme inn i Norge. De fleste har imidlertid også vært tiltrukket av *mulighetene* som et utenlandsstudium gir, så som forbedring av språkkunnskaper og å få en pause fra vante omgivelser. Hvis de overhodet ikke hadde vært interessert i denne type impulser, er det rimelig å anta at de ville forblitt i Norge.

Når det gjelder valg av studieland, er det klart at språkkunnskaper og økonomiske rammebetingelser virker styrende. Mange studenter ville foretrukket å studere i engelskspråklige land, dersom de kunne velge fritt, men de høye studieavgiftene gjør dette uaktuelt for de fleste. Tyskland mottar mange norske medisinstudenter, blant annet fordi det ikke avkreves studieavgifter der. De engelskspråklige undervisningsprogrammene i Ungarn og Polen har hatt sterk vekst de senere år. Dette må ses i sammenheng med at det er lettere å komme inn i disse landene enn andre steder, og at studieavgiftene er omtrent på linje med Lånekassens kostnadsnorm, og at østeuropeiske universiteter driver aktiv markedsføring rettet mot norske studenter. Det er imidlertid verdt å merke seg at få studenter i utgangspunktet ønsket å studere i akkurat Ungarn eller Polen. Det er først og fremst pragmatiske hensyn som bringer studentene til Øst-Europa, ikke en interesse for landenes kultur og språk. Danmark og Sverige er også populære studieland, og de som studerer der vektlegger geografisk og kulturell nærhet som vesentlige faktorer for hvorfor de valgte nettopp disse landene.

Det er ikke uvanlig å velge studieland og universitet på grunnlag av anbefalinger fra familie og venner som tidligere har studert der. Men selv om renommé spiller inn, synes tilfeldigheter å ha enda større betydning for valg av universitet. Dette må ses i sammenheng med så vel manglende norske tradisjoner for å rangere læresteder, en utbredt antakelse om at det

som er godkjent av Lånekassen er bra nok, at pensum varierer mindre på medisin enn andre fagområder samt at mange søker flere steder, og at det således oppleves som «tilfeldig» hvor de faktisk kommer inn.

Når det gjelder motivene for å ønske å studere medisin, har vi sett at studentene legger større vekt på «personorienterte», enn på «ekspressive» og «instrumentelle» faktorer. Dette kan tolkes i sammenheng med at medisinstudenters utdanningsalternativer ofte leder mot andre høystatusyrke med mulighet for å realisere «ekspressive» og «instrumentelle» motiver, men der muligheten for å arbeide med mennesker er begrenset. Det synes også som om de «personorienterte» motivene tillegges noe større vekt blant dem som studerer utenlands enn dem som studerer i Norge.

## 6 Språklig, kulturell og sosial tilpasning

Hvordan trives studentene generelt med å studere i utlandet? Hvor lang tid bruker de på å skaffe seg nye venner og tilpasse seg språk og kultur? I hvilken grad har de omgang med vertslandets studenter, og hva betyr dette for trivselen? Dette er blant de spørsmål som vil bli belyst i dette kapittelet.

Å begynne på et nytt lærested vil alltid medføre en viss omstilling, selv for dem som studerer i sitt hjemland. Overgangen fra videregående skole til høyere utdanning er i seg selv en utfordring, og mange må flytte fra familie og venner for å kunne studere det de ønsker. De fleste som velger å studere i utlandet møter en rekke andre utfordringer i tillegg; et nytt land, et nytt språk, en fremmed kultur og læringsmiljø og studiestruktur som kan avvike fra det man finner i eget land. Furnham og Treize (1983) har skissert tre typer utfordringer som utenlandsstudenter møter. Den ene dreier seg om problemene med å bo i et annet land (språkproblemer, tilvenning til en annen kultur, separasjon fra familie og venner etc.). Den andre er den emosjonelle og intellektuelle frigjøringen som foregår i denne sene ungdomsperioden og den tredje er den akademiske utfordringen ved å påbegynne høyere utdanning. Denne rapporten belyser først og fremst tema knyttet til den første typen utfordringer. Det er imidlertid vanskelig å skille disse utfordringene fra hverandre både på det analytiske og det empiriske plan. Det er derfor viktig å huske på at utenlandsstudentene går gjennom de samme modningsprosesser og eksistensielle utfordringer som annen studerende ungdom, og at deres vurderinger og oppfatninger ikke kan ses isolert fra dette.

### 6.1 Hvor lang tid tar det å tilpasse seg?

Dybdeintervjuer med utenlandsstudenter har vist at tilpasningstiden som oftest strekker seg over flere måneder, også for dem som studerte i nordiske land (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998). Språk og uvante undervisnings- og evalueringsformer, som for eksempel muntlige eksaminasjoner, var blant de faktorene som ofte ble vurdert som problematiske. Enkelte ga uttrykk for at arbeidsbelastningen var større enn forventet. Noen av studentene vi intervjuet i Tyskland syntes det var vanskelig å forstå vertslandets «system» og å forholde seg til ulike former for byråkrati. Byråkratiet var en kilde til frustrasjon også for dem vi intervjuet i Ungarn. Noen studenter ga uttrykk for en form for kultursjokk, og ikke alle var like godt forberedt på utfordringene de ville møte. Å skaffe seg nye venner syntes å

ha vært den enkleste delen av tilpasningen, selv om det selvsagt var individuelle variasjoner.

Tilpasning til en ny studiesituasjon beskrives best som en prosess, og det kan være vanskelig å få inntrykk av en slik prosess gjennom kvantitative data. Vi valgte likevel i spørreskjemaet å be studentene om å anslå hvor lang tid de har brukt på å tilpasse seg ulike forhold ved den nye studiesituasjonen.

Resultatene fra undersøkelsen av utenlandsstudenter generelt viste at tilpasningstiden varierte med studieland (Wiers-Jenssen 1999; 68). De som studerte i Norden tilpasset seg raskt, de som studerte i engelskspråklige land brukte noe lengre tid, mens de som studerte i Øst-Europa faktisk brukte like lang tid som de som studerte i utviklingsland. Å skaffe seg nye venner gikk relativt raskt, uansett studieland. Vi finner et tilsvarende mønster blant medisinstudentene, noe som framgår av tabell 6.1. Tabellen tar utgangspunkt i de studentene som har oppholdt seg minst et år i utlandet, slik at de har rukket å gjøre seg erfaringer.<sup>19</sup>

**Tabell 6.1** *Varighet av tilpasning til ulike sider ved ny studiesituasjon blant studenter som har studert utenlands i et år eller mer. Horisontal prosentfordeling. N=613-623.*

	Mindre enn 1 mnd	1-2 mnd	3-5 mnd	6-12 mnd	Mer enn 12 mnd	Sum
Vertslandets språk	19	13	17	11	40	100
Studiestruktur/måten studiene er organisert på	18	23	25	21	14	100
Vertslandets «system»/byråkrati	12	15	18	17	39	100
Vertslandets kultur	30	19	18	15	19	100
Å få utenlandske venner	52	17	13	10	8	100
Å få norske venner	85	7	3	2	3	100

Vi ser at det er språk og vertslandets «system»/byråkrati, som har tatt lengst tid å tilpasse seg, mens det å skaffe seg nye venner, særlig norske, har gått raskt. Tilpasning til ulike forhold varierer med studieland. Tilpasning til språk går relativt raskt for dem som studerer i Norden og i engelskspråklige land, mens mer enn ni av ti studenter i Ungarn og Polen svarer at de har brukt mer enn et år på å tilpasse seg vertslandets språk. Flertallet sier de ennå ikke er tilpasset, uansett studienivå. Også tilpasningen til vertslandets «system»/byråkrati tar lengst tid i Øst-Europa. Om

<sup>19</sup> Resultatene avviker ikke vesentlig om vi også inkluderer dem som har kortere fartstid i utlandet.

lag seks av ti studenter der bruker mer enn et år. Men det er verd å merke seg at også de som studerer i Tyskland bruker betydelig tid på å tilpasse seg «system»/byråkrati. Tilpasning til studiestrukturen tar lengst tid for dem som studerer i Ungarn. Drøyt halvparten har brukt mer enn et halvt år på dette. Men også i Polen, Tyskland og «andre» land er det en relativt høy andel som har vanskeligheter med å tilpasse seg studiestrukturen. Vertslandets kultur tar lengst tid å tilpasse seg for dem som studerer i Polen og Ungarn. I tabell 6.2 framgår det hvor mange som bruker et halvt år eller mer på å tilpasse seg ulike sider ved studielandet.

**Tabell 6.2** *Prosentandel som har brukt seks måneder eller mer på tilpasning til ulike sider ved ny studiesituasjon blant studenter som har studert utenlands i et år eller mer.*

	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Engelskspråklige land	Andre land	Alle
Vertslandets språk	42	97	97	16	4	14	49	51
Studiestruktur/måten Studiene er organisert på	37	54	39	5	18	31	43	35
Vertslandets «system»/ Byråkrati	65	73	80	11	21	37	61	56
Vertslandets kultur	35	50	56	7	9	27	31	34
Å få utenlandske venner	20	13	24	16	9	10	30	18
Å få norske venner	3	3	1	11	3	16	13	5
<i>N</i>	<i>196-197</i>	<i>109</i>	<i>85</i>	<i>55-57</i>	<i>67-68</i>	<i>51-52</i>	<i>47-51</i>	<i>609-619</i>

Tendensen går klart i retning av at det er i Øst-Europa det tar lengst tid å tilpasse seg på de fleste områder. Dette indikerer at disse landene oppleves som «annerledes» og «fremmed» på mange måter. Man kan anta at noen av disse faktorene henger sammen. Språkkunnskaper er for eksempel grunnleggende; hvis man ikke mestrer vertslandets språk er det vanskelig å kommunisere med lokalbefolkningen og forstå kultur, væremåter og hvordan samfunnet fungerer generelt. Det høye antall norske studenter i Øst-Europa gjør imidlertid at det går raskt å skaffe seg norske venner der, og behovet for å bli kjent med vertslandets studenter kan derfor føles mindre prekært. Men vi må også ha i mente at få av studentene i Ungarn og Polen hadde disse landene som førsteprioritert studieland. Vi kan ikke se bort fra at dette kan påvirke innsatsen for å tilpasse seg studiesituasjonen. Tilpasningsprosessen kan være relativt lang i også Tyskland, mens den går lettere i engelskspråklige land. Minst tilpasningsproblemer har ikke overraskende de som studerer i nordiske land.



## 6.2 Sosialt nettverk

Vi har sett at den sosiale tilpasningen går relativt raskt for de fleste. Tabell 6.1 viste at de fleste har fått seg nye venner i løpet av et par måneder, både utenlandske og norske. Hele 97 prosent av de norske medisinstudentene går på universiteter der det også er andre norske studenter, slik at muligheten for å omgås andre nordmenn er til stede for så godt som alle.

Det er viktig for trivsel og tilpasning å få seg nye venner, men tidligere forskning indikerer at det ikke er likegyldig hvilken nasjonalitet de nye vennene har. En eldre studie som ser på skandinaviske studenters tilpasning i USA, viser en klar sammenheng mellom grad av interaksjon med amerikanske studenter og generell tilfredshet med oppholdet (Sewell m.fl. 1961). Flere studier viser at interaksjon med vertslandets studenter påvirker utenlandsstudentenes tilpasning på en positiv måte (Furnham 1986, Klinenberg og Hull 1979). Det er imidlertid også vist at samkvem med studenter av samme nasjonalitet er viktig, blant annet fordi noen fungerer som kontaktledd og brobyggere til vertslandets studenter (Bochner og medarbeidere 1977). Vi ønsket derfor å se på i hvilken grad norske studenter i ulike land har omgang med studenter fra andre nasjonaliteter på fritiden. Tabell 6.3 viser hvor stor andel av de norske studentene i ulike land som omgås studenter av ulik nasjonalitet minst én gang per uke.

**Tabell 6.3** *Prosentandel norske utenlandsstudenter som omgås studenter med ulik nasjonalitet på fritiden minst én gang per uke etter studieland.*

Studieland	Norske studenter	Studenter fra vertslandet	Studenter fra andre land	N
Tyskland	85	92	51	210-211
Ungarn	95	30	98	131-133
Polen	94	35	80	108-111
Danmark	75	88	44	70-71
Sverige	66	97	35	68-70
Engelskspråklige land	80	86	91	80-81
Andre land	73	71	44	70
Alle	84	70	65	740-749

I hvilken grad man er eksponert for et internasjonalt studiemiljø vil naturlig nok variere med studieland og lærested. Studiemiljøene i Øst-Europa og i engelskspråklige land er mer internasjonale enn studiemiljøene i

Norden og Tyskland, og det er derfor ikke overraskende å finne relativt store variasjoner i hyppigheten av kontakt med studenter fra andre land enn studielandet. Det mest slående resultatet i tabell 6.3 er likevel variasjonen i omgang med *vertslandets* studenter. De som studerer i Ungarn og Polen har svært lite omgang med vertslandets studenter i forhold til dem som studerer i andre land. Går vi nærmere inn i datamaterialet finner vi at over halvparten av studentene i Ungarn og en tredel av studentene i Polen svarer at de *aldri* eller *nesten aldri* omgås vertslandets studenter. Gjennom de kvalitative intervjuene vi foretok i Budapest, fikk vi flere forklaringer på dette. Vi postulerer ikke at disse forklaringene har gyldighet i de andre ungarske byene eller i Polen, men det er rimelig å anta at noen av de samme forhold vil gjøre seg gjeldende også der. Vi vil derfor redegjøre for noen av forklaringene som framkom i de kvalitative intervjuene i neste avsnitt.

### **6.2.1 Forklaringer på manglende kontakt mellom norske og ungarske studenter**

Alle studentene vi intervjuet ga uttrykk for at språkbarrieren var en grunnleggende hindring for samkvem med ungarere. Mange norske studenter behersker ungarsk dårlig, noe som setter begrensinger for kommunikasjon med både ungarske studenter og befolkningen generelt. Nordmennene befinner seg på engelskspråklige undervisningsprogrammer, mens de ungarske studentene går på ungarskspråklige programmer. Det gis undervisning i ungarsk ved universitetet, men denne undervisningen gis ikke særlig høy prioritet av studentene. Årsakene til dette synes først og fremst å være tidspress, de første to årene av studiet oppleves som svært harde. Noen er også inne på at ungarsk er et språk som har begrenset anvendbarhet, og at motivasjonen for å lære seg det derfor kan være liten. Som en av dem uttrykker det:

*Jeg skulle ønske at ungarsk hadde vært fransk, italiensk eller tysk, sånn at jeg kunne brukt det andre steder i verden.*

Studentene understreket videre at studiet er organisert på en slik måte at man sjelden møter andre studenter enn dem som er på samme kull i studiensituasjonen. I Budapest er det slik at undervisningen foregår mange ulike steder rundt omkring i byen. Dette innebærer at man sjelden treffer studenter utenom sin egen gruppe, det være seg studenter på andre studienivå på det engelskspråklige undervisningsprogrammet, studenter på det tyskspråklige programmet eller ungarske studenter. Det ble også påpekt at universitetet i liten grad la til rette for faglig eller sosialt samkvem mellom ungarske og utenlandske studenter. Det ble arrangert en og an-

nen fellesfest, men disse kom hovedsakelig igang på studentorganisasjonenes initiativ.

Arbeidspresset på studiet er en annen forklaring studentene trekker fram. Særlig de to første årene oppleves arbeidspresset som så hardt at studentene knapt har tid til å gå ut og bli kjent med andre. Videre er det slik at majoriteten av de norske studentene i Budapest bor i egne leiligheter, og ikke på studentbyene der de ungarske studentene bor. De kommer med andre ord i liten grad i kontakt med ungarske studenter gjennom bosituasjonen. I både Ungarn og Polen bor åtte av ti studenter alene eller sammen med andre nordmenn. I andre studieland land er det langt vanligere å bo på studenthybel, eller dele leilighet med studenter fra vertslandet eller andre land.

Et par studenter nevnte også at det eksisterte økonomiske barrierer for samkvem. De ungarske studentene har svært dårlig økonomi i forhold til de norske, og i den grad de går «ut på byen», foretrekker de billige ungarske kneiper, mens de norske foretrekker mer vestlige utesteder, som er dyrere. En viss gjensidig skepsis mellom utenlandske og ungarske studenter syntes også gjøre seg gjeldende. Eksempelvis hevdet en av nordmennene at ungarske jenter så på norske jenter som konkurranse, mens ungarske gutter ble karakterisert som «sleske». Flere av studentene vi intervjuet understreket imidlertid at de syntes det var synd at de ikke hadde mer omgang med ungarske studenter.

De viktigste årsakene til mangel på kontakt med vertslandets studenter synes å være språkbarrieren og at man i liten grad treffer ungarske studenter gjennom studie- eller bosituasjonen. Men det er også viktig å huske på at de fleste medisinstudenter drar til utlandet først og fremst fordi de ønsker seg en bestemt utdanning, ikke fordi de er spesielt interessert i å skifte miljø eller lære et nytt språk og en ny kultur å kjenne. Med denne type motivasjon for å reise ut, kan man kanskje ikke forvente at alle er like interessert i å komme i kontakt med vertslandets studenter så lenge det er tilstrekkelig antall nordmenn og studenter fra andre land som det faller naturlig å tilbringe fritiden med.

### **6.3 Generell tilfredshet**

Som nevnt under punkt 6.2, indikerer tidligere forskning en sammenheng mellom interaksjon med vertslandets studenter og utenlandsstudenters tilpasning og trivsel. Vi ønsker derfor å undersøke om dette er en tendens som også kan spores blant norske utenlandsstudenter. Vi tar utgangspunkt i et spørsmål der studentene ble bedt om å gi en samlet vurdering av hvor fornøyde de var med utenlandsoppholdet.

Den bivariate sammenhengen mellom hyppighet i omgang med vertslandets studenter og generell tilfredshet viser en klar tendens; jo hyppige-

re kontakt med vertslandets studenter, jo høyere generell tilfredshet. Blant dem som omgås vertslandets studenter daglig eller nesten daglig er 66 prosent svært fornøyde med studieoppholdet, mens tilsvarende tall er signifikant lavere, 46 prosent, blant dem som aldri eller nesten aldri har kontakt med vertslandets studenter.

Dette spørsmålet kan imidlertid vanskelig ses isolert fra studieland. Som vi så i tabell 6.3, varierer hyppigheten i omgang med vertslandets studenter sterkt med hvor man studerer. Tabell 6.4 viser hvor tilfredse studentene er med utenlandsoppholdet i ulike studieland. Vi ser at de som studerer i Norden og engelskspråklige land er mest fornøyde, mens det er færre som er «svært fornøyd» blant dem som studerer i Ungarn, Polen og «andre land». Den generelle tilfredsheten er med andre ord stort sett høyere i land der de norske studentene har hyppig omgang med vertslandets studenter enn i land der nordmenn har lite kontakt med vertslandets studenter. Man kan imidlertid ikke ut fra dette slutte at det er omgangen med vertslandets studenter som gjør dem fornøyde.

**Tabell 6.4** Samlet vurdering av studieoppholdet i utlandet. Horisontal prosentuering.

Studieland	Svært mis-fornøyd	Litt mis-fornøyd	Verken/ eller	Litt fornøyd	Svært fornøyd	Sum	Gj.-snitts-skåre	N
Tyskland	4	3	9	29	54	100	4,3	210
Ungarn	2	8	5	34	50	100	4,2	132
Polen	4	6	6	33	52	100	4,3	109
Danmark	1	1	5	26	66	100	4,5	74
Sverige	1	4	1	19	74	100	4,6	70
Engelskspråklige land	5	5	4	16	70	100	4,4	80
Andre land	1	10	13	25	51	100	4,1	71
Alle	3	5	6	28	58	100	4,3	746

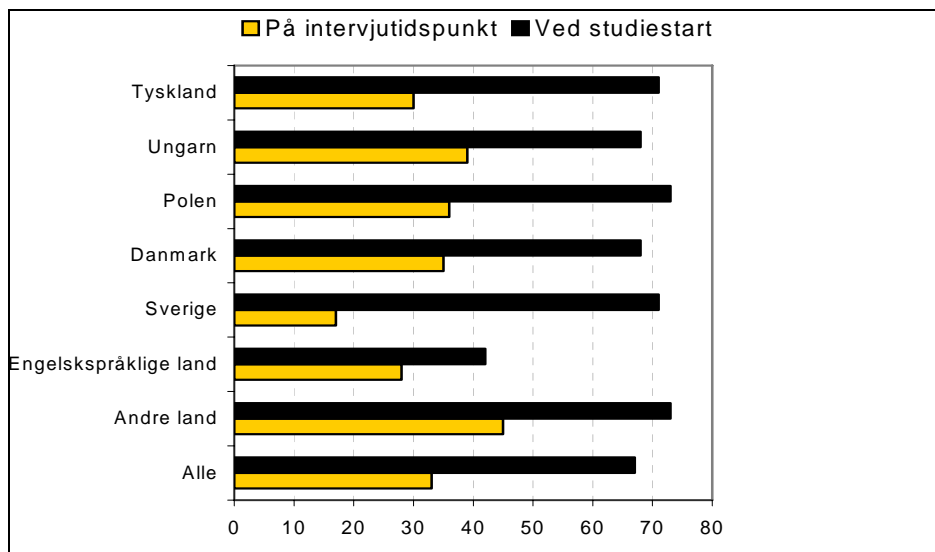
Ser vi på hvordan «generell tilfredshet» blir påvirket av hyppighet i omgang med vertslandets studenter og studieland samtidig, er det vanskeligere å finne et klart mønster. Separate analyser for ulike land viser at det ikke er en lineær sammenheng mellom kontakt med vertslandet studenter og grad av tilfredshet i alle studieland. I Ungarn og Polen er det små forskjeller i generell tilfredshet mellom dem som omgås vertslandets studenter hyppig og dem som gjør det sjelden.

Sammenhengen mellom hyppighet i kontakt med vertslandets studenter og generell tilfredshet er med andre ord ikke entydig i alle studieland.

Det kan være ulike forhold ved studielandet og lærestedet som medvirker til dette. Eksempelvis kan grad av tilfredshet med universitetet, faglig kvalitet på undervisningen, studiestruktur og læringsmiljø tenkes å ha stor betydning for den generelle vurderingen av utenlandsoppholdet. Dette skal vi komme tilbake til i neste kapittel.

## 6.4 Hvor mange ville helst studert i Norge?

I forrige kapittel nevnte vi at to av tre studenter i utgangspunktet ville foretrukket å studere i Norge. Dette er langt høyere enn for de fleste andre grupper av utenlandsstudenter, med unntak av dem som studerer «andre helsefag» (Wiers-Jensen 1999; 73). Mange medisinstudenter endrer imidlertid oppfatning underveis i studiet. På spørsmål om hvor de ville foretrukket å studere, dersom de *i dag* hadde blitt tilbudt studieplass i Norge på samme studium som de nå går på i utlandet, svarer kun en av tre studenter at de ville foretrukket å studere i Norge. Dette tilsvarer en reduksjon på femti prosent i forhold til ved studiestart. Dette kan tolkes som en indikasjon på at studentene har tilpasset seg sin nye situasjon, og at utenlandsoppholdet for mange er en mer positiv erfaring enn forventet. For noen kan nok preferanseendringen også være influert av det faktum at det er lite realistisk å få studieplass i Norge, og at man dessuten risikerer å måtte starte på et lavere nivå. Som det framgår av figur 6.1 varierer andelene som ville foretrukket studieplass i Norge med studieland.



**Figur 6.1** Prosentandel som ville foretrukket studieplass i Norge ved studiestart og på intervju tidspunkt.

Det er blant dem som studerer i Sverige vi finner størst reduksjon i andelen som ville foretrukket studieplass i Norge. Som vi så av tabell 6.4, og som vi vil komme tilbake til i kapittel sju, er de som studerer i Sverige generelt svært fornøyd med studieoppholdet i utlandet. Det er rimelig å tolke den lave andelen som ønsker seg tilbake til Norge i lys av dette.

## **6.5 Oppsummering om tilpasning og integrasjon**

Vi har sett at den sosiale tilpasningen går relativt raskt for det fleste, noe som blant annet kan ses i sammenheng med at et flertall har mulighet for å omgås andre nordmenn på studiestedet. Når det gjelder tilpasningen til andre forhold, fant vi at de som studerer i Norden og engelskspråklige tilpasser seg raskest, mens de som studerer i Øst-Europa bruker lengst tid. Dette mønsteret gjenspeiler språklige og kulturelle avstander mellom Norge og studielandene. Jo mer fremmed, jo lengre tilpasningstid. Men det reflekterer også et annet fenomen, nemlig at studentene i Ungarn og Polen har lite kontakt med vertslandets studenter. Undervisningen for utenlandsstudentene er organisert i egne engelskspråklige programmer. Mange befinner seg nærmest i en ghettotilværelse, fritiden tilbringes med nordmenn eller studenter fra andre land. For enkelte studenter er kontakten med lokalbefolkningen begrenset til ekspeditøren i kolonialforretningen og huseieren. At dette medfører manglende opptrening av språkferdigheter synes åpenbart, men det begrenser også mulighetene for å få kjennskap til og forståelse for vertslandenes kultur. Vi må derfor regne med at en del av studentene i Øst-Europa i større grad er en slags «akademiske turister» enn reelt integrert i landet de studerer i.

## 7 Faglig mestring og tilfredshet med lærestedet

Hvordan mestrer medisinstudentene det faglige nivået i andre land? Er det sammenheng med karakterer fra norsk videregående skole og faglige prestasjoner på medisinstudiet? Hvor mye innsats nedlegger de i studiene? Er de fornøyd med kvaliteten på utdanningen? Dette er noen av de spørsmål vi vil forsøke å besvare i dette kapitlet, som omhandler forhold som angår de faglige sidene ved studiesituasjonen. Først vil vi ta for oss studentenes egne vurderinger av faglige prestasjoner og tidsbruk, og se hvordan de oppfatter seg selv i forhold til medstudentene på områder som faglige forkunnskaper og motivasjon. Deretter vil vi se på hvordan studentene vurderer kvaliteten på lærestedene i ulike land.

### 7.1 Faglige prestasjoner i forhold til medstudenter

Informasjon om studentenes prestasjoner i form av *karakterer* på medisinstudiet er vanskelig å sammenligne på tvers av studieland. Vi har derfor i stedet valgt å be studentene vurdere sine egne faglige prestasjoner i forhold til medstudenter. Resultatene viser at 36 prosent av de norske medisinstudentene tror at de er blant det 25 prosent beste studentene på sitt studium. Det er svært få som tror de befinner seg i bunnsjiktet faglig sett; under ti prosent tror de er blant det 40 prosent svakeste studentene. Blant utenlandsstudenter generelt er det en høyere andel (50 prosent) som tror de er blant de beste studentene (Wiers-Jenssen 1999; 77). Dette er interessant, tatt i betraktning av at medisinstudenter i snitt har bedre karakterer fra videregående skole enn dem som studerer andre fag i utlandet (Wiers-Jenssen 1999; 76). Mulige forklaringer kan være at medstudentene generelt er flinke (det er vanskelig å komme inn på medisinstudiet i de fleste land), eller at forkunnskapene fra videregående skole oppleves som utilstrekkelige. Det siste er ikke nødvendigvis knyttet til *nivået* på norsk videregående skole, men kan ha sammenheng med *hvor mye realfag* man har tatt. De som har full linjefagskombinasjon i realfag stiller sannsynligvis sterkere enn dem som kun oppfyller minstekravene. Gjennom de kvalitative intervjuene kom det fram at studentenes vurdering av forkunnskaper fra norsk videregående skole var sprikende, men syntes å være påvirket av hvor mye man hadde hatt av relevante fag. Det var for eksempel slik at de som hadde hatt lite biologi oftere klaget over dårlige forkunnskaper

enn dem som hadde hatt biologi helt opp til tredje år i videregående skole.

Ser vi på hvor mange av medisinstudentene som tror de er blant de henholdsvis ti prosent beste og de 25 prosent beste studentene<sup>20</sup>, finner vi variasjoner mellom ulike land, slik det framgår av tabell 7.1.

**Tabell 7.1** Prosentandel som anslår at de er blant de 10 prosent og de 25 prosent beste studentene i ulike land.

	10 prosent beste	25 prosent beste	N
Tyskland	2	17	211
Ungarn	16	53	133
Polen	32	52	111
Danmark	8	29	73
Sverige	7	41	69
Engelskspråklige land	10	38	73
Andre land	9	39	69
Alle	11	36	739

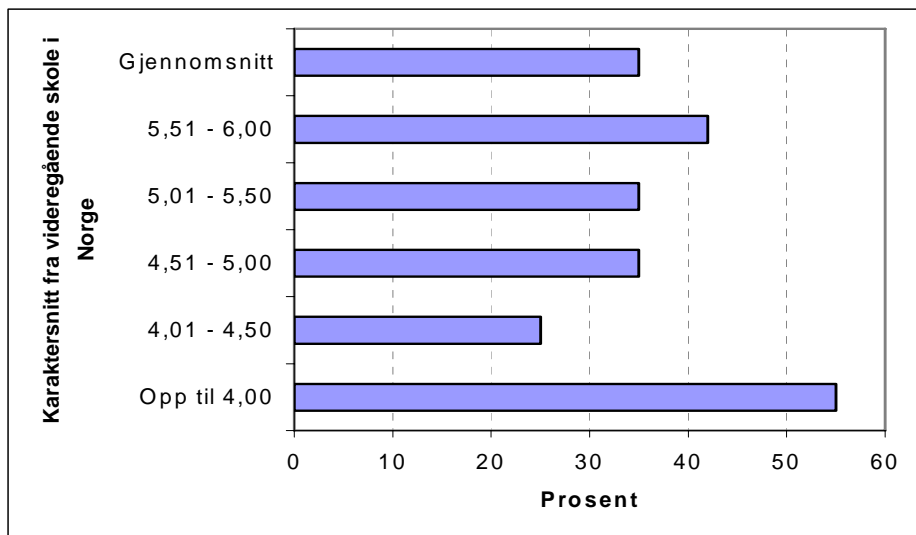
Flest som tror de befinner seg i det prestasjonsmessige tetsjiktet finner vi blant dem som studerer i Polen og Ungarn. Det andre ytterpunktet er Tyskland; der er det få som tror de er blant de beste studentene. Disse forskjellene er interessante sett i lys av at de som studerer i Polen og Ungarn gjennomgående har dårligere karakterer fra videregående skole enn dem som studerer i Tyskland (jfr. tabell 4.3)<sup>21</sup>. Dette tyder på at det ikke er en lineær sammenheng mellom karakterer fra videregående skole og selvurderte prestasjoner. Det er med andre ord ikke nødvendigvis de som har best karakterer fra videregående skole som er de flinkeste medisinstudentene. Som en utgangshypotese kunne man tenkt seg at det ville være nettopp de med høyest karakternivå fra videregående skole som gjorde det best. Flere studier fra Norge viser at det er en sammenheng mellom karakterer fra videregående skoler og prestasjoner på universi-

<sup>20</sup> 2. kolonne består av de som har merket av for «10 prosent beste» og «25 prosent beste».

<sup>21</sup> Tendensen holder seg selv om vi kontrollerer for både studieland og karakterer samtidig. Det er større sannsynlighet for å tro man er blant de 25 prosent beste studentene i både Ungarn og Polen, og mindre sannsynlighet i Tyskland, uavhengig av karakternivå. Forskjellene er statistisk signifikante ( $p < 0,05$ ).



tetsnivå; dess høyere karakternivå fra videregående skole, dess bedre prestasjoner på universitetsnivå. (Eikeland 1988, Berg 1992). Den bivariate sammenhengen mellom karaktersnitt fra videregående skole og selvvalgte prestasjoner, i form av hvor stor andel som tror de er blant de 25 prosent beste studentene, framgår av figur 7.1



**Figur 7.1** Prosentandel som anslår at de er blant de 25 prosent beste studentene på sitt studium blant studenter med ulike karaktersnitt fra videregående skole.

Vi ser at det blant dem med det høyeste karaktersnittet er noe flere enn gjennomsnittlig som tror de er blant de beste studentene. Blant dem med karaktersnitt mellom 4,01 og 4,5 er det noe færre enn gjennomsnittet. Det mest overraskende resultatet er likevel at den høyeste andelen som tror de er blant de 25 prosent beste studentene befinner seg i gruppen med det *laveste* karaktersnittet karaktersnitt (4.00 eller lavere). Den sistnevnte gruppen er liten, men forskjellen mellom denne gruppen og gjennomsnittet er statistisk signifikant. Går vi nærmere inn i datamaterialet, finner vi at de fleste av studentene med lavt karaktersnitt og gode selvvalgte prestasjoner studerer i Ungarn og Polen.

Det kan tenkes å være flere forklaringer på at det ikke er en entydig sammenheng mellom karakternivå fra videregående skole og selvvalgte prestasjoner på medisinstudiet, og at de relative prestasjonene varierer med studieland. Motivasjon er én mulig forklaring. Det er ikke gitt at de mest motiverte studentene er dem som har det beste karaktermessige utgangspunkt. Også medstudentenes motivasjon og kunnskapsnivå har

betydning, og dette er forhold som kan variere i ulike land. I noen land er opptakskravene så høye at det er rimelig å anta at studentene som har kjempet seg til en plass er svært motiverte. I Øst-Europa er inntakskravene i form av karakterer lavere, og det kan tenkes at flere mindre motiverte studenter slipper inn. Studentene vi intervjuet i Ungarn hadde en oppfatning om at nordmenn generelt var godt motiverte, men at medstudenter fra enkelte andre nasjoner var umotiverte. Det var for eksempel bred enighet om at nordmenn generelt var langt mer motiverte enn den store kontingenten av greske studenter som studerte ved samme universitet. Dette mente de skyldtes at nordmennene studerte medisin av egen fri vilje, mens mange av grekerne var angivelig «sendt» utenlands av velstående og ambisiøse foreldre som ønsket at barna skulle bli leger.

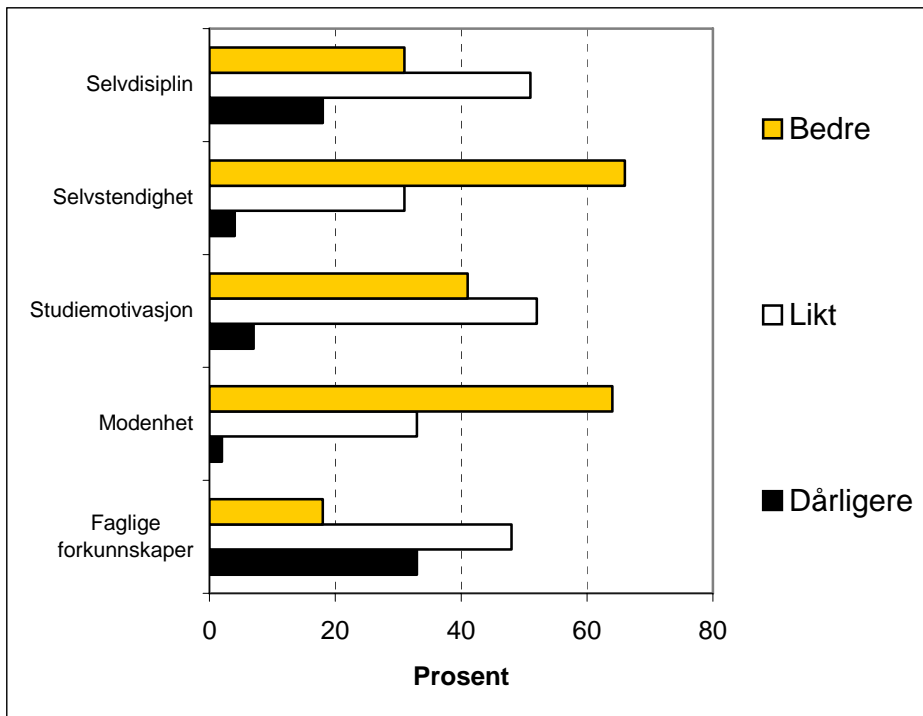
Man kan også tenke seg at kunnskapen fra videregående skole har begrenset relevans i forhold til medisinstudiet. En av studentene vi intervjuet i Budapest, som for øvrig *ikke* hadde naturfaglinje fra Norge, hadde følgende å si om forholdet mellom forkunnskaper, motivasjon og prestasjoner:

*Jeg vil gå så langt som å si at gymnaset i Norge, det er ikke mye verdt, altså. Hvem som helst kan bli lege. Det tror jeg personlig jeg er et eksempel på. Hvem som helst kan bli lege, bare man er motivert. Det har ikke så veldig mye med karakterer fra videregående skole eller hva du lærte der. Jeg lærte meg sjøl kjemien og biologien.*

Motivasjon synes med andre ord å være et nøkkelord. Er man sterkt motivert, klarer man det meste.

### **7.1.1 Ulikheter mellom norske studenter og vertslandets studenter**

Gjennom de kvalitative intervjuene fikk vi inntrykk av at sterk motivasjon var en sentral årsak til at norske studenter stort sett klarte seg bra faglig (Stensaker og Wiers-Jenssen 1998). Dette ble bekreftet i den kvantitative undersøkelsen av utenlandsstudenter generelt. Vi har spurt studentene om å sammenligne seg selv med vertslandets studenter på flere områder som kan tenkes å påvirke mestring av studiene. Figur 7.2 viser hvor stor andel av studentene som vurderer seg som bedre, likt eller dårligere enn vertslandets studenter på ulike områder.



**Figur 7.2** Utenlandsstudentenes vurdering av seg selv i forhold til sine medstudenter på ulike områder. Prosent.

Vi ser at de norske studentene vurderer seg som klart bedre enn vertslandets studenter på områder som selvstendighet og modenhet. Også når det gjelder studiemotivasjon og selvdisiplin er det få som mener de har *dårligere* forutsetninger enn vertslandets studenter. Når det gjelder faglige forkunnskaper har imidlertid hver tredje student en oppfatning om at de stiller dårligere enn vertslandets studenter.

Også på dette området finner vi variasjoner mellom studieland. Andelen som oppfatter seg som mer modne og selvstendige enn vertslandets studenter er lavere i Norden enn andre steder. Andelen som oppfatter at de har dårligere forkunnskaper er høyest i Ungarn (57 prosent) og Polen (54 prosent)<sup>22</sup>, mens svært få av dem som studerer i Danmark mener det samme.

Medisinstudentene skiller seg fra andre utenlandsstudenter ved at en større andel tror de har dårligere forkunnskaper og ved at en lavere andel

<sup>22</sup> Nordmennene som studerer i Ungarn og Polen studerer imidlertid ikke på samme program som vertslandets studenter, og det er trolig vanskelig for dem å anslå nivået blant vertlandets studenter.

tror de har større selvdisiplin i forhold til vertslandets studenter. Det er rimelig å se dette i sammenheng med at medisin de fleste steder er et lukket studium som det er vanskelig å komme inn på, og at studentmassen på slike fag kan være flinkere og mer disiplinerte enn på studier der det er lettere å komme inn.

## 7.2 Studieinnsats og tidsbruk

I de kvalitative intervjuene kom det fram at mange utenlandsstudenter syntes de nedla mye arbeid i studiene. Dels relaterte de dette til at det var krevende å tilegne seg pensum på et annet språk, dels forklarte de innsatsen med at de var spesielt motivert. Noen mente også at kravene til studieinnsats var høyere i utlandet. I spørreskjemaet ble studentene bedt om å oppgi hvor mange timer de brukte på ulike studieaktiviteter<sup>23</sup> i en normal undervisningsuke og i eksamensperioder. Av tabell 7.2 framgår det at det nedlegges et betydelig antall arbeidstimer per uke, og at innsatsen varierer med studieland.

**Tabell 7.2** *Antall timer brukt på studier per uke blant studenter i ulike land.*

	Timer i normaluke	Timer i eksamensperiode	N
Tyskland	44	61	210-211
Ungarn	58	71	131-133
Polen	55	65	108-111
Danmark	44	57	70-71
Sverige	45	58	68-70
Engelskspråklige land	44	57	80-81
Andre land	52	62	70
Total	49	62	740-749

Vi ser at de som studerer i Ungarn og Polen rapporterer å bruke mest tid på studierelaterte aktiviteter både i en normaluke og i eksamensperioder. Dette kan tenkes å ha flere årsaker. En mulig forklaring er at presset er stort og utsilingsmekanismene brutale, særlig i Ungarn, noe som gjør det

23. Studieaktivitetene er i spørreskjemaet inndelt i fem kategorier, som er summert. Kategoriene er: 1. Forelesninger/klasseromsundervisning, 2. Gruppearbeid og/eller laboratoriearbeid, 3. Studentinitiert gruppearbeid/samarbeid 4. Selvstendig lesing og oppgaveløsning, 5. Praksis.

nødvendig å lese mye for å være blant dem som går videre på studiet. En annen potensiell forklaring kan være at de som studerer medisin i Øst-Europa har noe svakere karakterer fra videregående skole, og at tynnere kunnskapsgrunnlag gjør at de må arbeide mer.

### 7.2.1 Tidsbruk i forhold til andre norske studenter

Sammenlignet med utenlandsstudenter på andre fagområder, bruker medisinstudentene mer tid på studiene per uke. Gjennomsnittet for utenlandsstudenter generelt er 43 timer i en normalarbeidsuke og 52 timer i eksamensperioder. (Wiers-Jenssen 1999; 80). NIFU og Gallups studentundersøkelse 1998 viste at norske førsteårsstudenter på medisin bruker gjennomsnittlig 31 timer per uke til studierelaterte aktiviteter, noe som er på linje med gjennomsnittet for alle studentgrupper i Norge (Lyngstad og Øyangen 1998, Wiers-Jenssen 1999;82). I en undersøkelse blant viderekomne studenter oppgir medisinstudentene å bruke 35 timer på direkte studierelaterte aktiviteter (Jensen og Nygård 2000:42). Gjennomsnittet for utenlandsmedisinerne er 49 timer i en vanlig uke. Selv med forbehold om at semesterlengden kan variere, og at studieinnsatsen kan variere med studienivå, synes det nokså klart at de som studerer i utlandet nedlegger betraktelig mer tid i studiene enn dem som studerer hjemme. Også blant utenlandsstudenter generelt finnes en slikt tendens (Wiers-Jenssen 1999; 80), men forskjellen synes mer markant når det gjelder medisinstudenter enn andre studentgrupper.

Hva skyldes så den høye studieinnsatsen? Man kan tenke seg at kravene kan være høyere, forkunnskapene kan være dårligere og at tilpassning til et annet undervisningssystem og –språk fordrer mer innsats, med andre ord at høy innsats er en *nødvendig forutsetning* for å mestre studiet. Man kan også tenke seg at utenlandsstudentene er spesielt *motivert*. Men man skal heller ikke se bort fra at innsatsen kan ha sammenheng med at utenlandsstudentene har mer *tid til disposisjon*. Under ti prosent av dem som studerer medisin i utlandet har deltidsarbeid ved siden av studiet i semesteret. Til sammenligning har annenhver medisinstudent i Norge lønnet arbeid i semesteret. Utenlandsstudentene har dessuten færre forpliktelser i forhold til familie.

### 7.2.2 Krav til studieinnsats

Medisinstudenter i utlandet bruker altså i gjennomsnitt flere timer på studiene per uke enn dem som studerer hjemme. Vi har vært inne på at en mulig årsak til dette kan være at kravene til studieinnsats reelt er høyere på enkelte læresteder i utlandet. I spørreskjemaet ba vi derfor studentene vurdere sitt eget læresteds *krav* til studieinnsats i forhold til tilsvarende utdanning i Norge. Det kan innvendes at studentene har begrensede forutsetninger for å kunne svare på spørsmålet, ettersom de færreste har egen

erfaring fra medisinstudiet i Norge. På den annen side har halvparten vært innom en eller annen form for høyere utdanning i Norge, og det er også mulig å tegne seg et bilde av situasjonen gjennom venner. Resultatene viser at 49 prosent tror at kravene er høyere i utlandet, 24 prosent tror kravene er omtrent like, 20 prosent tror kravene er høyere i Norge, seks prosent svarer at de ikke vet. Det er blant de som studerer i Polen og Ungarn vi finner høyest andel som tror kravene er høyere ved sitt lærested enn i Norge. Blant dem som studerer i Sverige og Danmark tror majoriteten at kravene er omtrent like.

### 7.2.3 Tidsbruk i forhold til vertslandets studenter

Tidsbruk i forhold til vertslandets studenter kan oppfattes som en annen indikator på om kravene til studieinnsats reelt er annerledes i utlandet. På spørsmål om de tror de bruker mer eller mindre tid på studiene enn vertslandets studenter, svarer 34 prosent av studentene at de tror de bruker mer tid. 50 prosent tror de bruker omtrent like mye tid som vertslandets studenter, 12 prosent tror de bruker mindre tid, og fire prosent svarer at de ikke vet. Andelen som tror de bruker mer tid er høyest i Tyskland (51 prosent). At kun hver tredje student tror de arbeider *mer* enn vertslandets studenter, kan tyde på medisinstudenter i utlandet generelt bruker mye tid på studiene. Ut fra det som ble formidlet i de kvalitative intervjuene er det imidlertid ikke overraskende å finne at en del nordmenn tror de bruker mer tid på studiene enn vertslandets egne studenter. At undervisning og pensum er på et fremmed språk, kan gjøre det mer tidkrevende å komme seg gjennom pensum. Den tredelen av studentene som svarte at de trodde de brukte mer tid enn vertslandets studenter, ble bedt om å krysse av inntil tre mulige årsaker til dette. Resultatene framgår av tabell 7.3.

**Tabell 7.3** *Ulike årsaker som en av de tre viktigste grunnene til å bruke mer tid på studiet blant dem som tror de bruker mer tid på studiene enn vertslandets studenter. Prosent. N=255.*

Årsak	Prosent
Språkproblemer	49
Uvante undervisningsformer	28
Mindre deltidsarbeid og andre forpliktelser ved siden av studiet	24
Større interesse for studiene	23
Dårlige forkunnskaper	23
Annet	22
Større øk. nederlag å ikke mestre studiene når man har reist ut for å studere	18
Større økonomisk press for å fullføre	17

Språkproblemer er den hyppigst nevnte årsak til å bruke mer tid på studiet enn vertslandets studenter. Det er særlig blant dem som studerer i Tyskland dette oppfattes som et problem. Tysk som undervisningsspråk vil for de fleste være en større utfordring enn engelsk eller nordiske språk. Blant dem som studerer i «andre» land er det også en betydelig andel som tror de bruker mer tid på grunn av språket. Det er videre verdt å merke seg at faktorer som uvante undervisningsformer og dårlige forkunnskaper ikke oppleves som noe stort problem blant dem som studerer i Danmark og Sverige, men at dette har en viss betydning i de fleste andre land.

#### **7.2.4 Stryk til eksamen**

Ulike land og universiteter har ulik praksis med hensyn til eksamensformer, eksamenshyppighet og i hvilken grad eksamener brukes for å «sile» antall studenter som får gå videre i studiet. Det er derfor vanskelig å tolke hva det impliserer å stryke, på tvers av landegrenser. Halvparten av studentene har opplevd å stryke til en medisinsk eksamen, og 28 prosent har strøket mer enn én gang<sup>24</sup>. Blant de som studerer i Danmark og i engelskspråklige land har tre av ti strøket, mens nesten sju av ti som studerer i Ungarn har opplevd det samme. Blant medisinstudenter i Norge er det mindre vanlig å stryke til eksamen. I kullet som avsluttet studiet i 1993 var det 30 prosent som oppga at de på et eller annet tidspunkt i studiene hadde strøket til eksamen. Det er rimelig å tolke forskjellene som en konsekvens av ulike studiemodeller og ulike krav, men vi kan ikke helt utelukke at ferdighetsnivå kan spille inn.

### **7.3 Teoretiske og praktiske medisinske ferdigheter**

To spørsmål det faller naturlig å reise i forbindelse med medisinstudier i utlandet, er om studentene oppnår tilstrekkelig gode praktiske og medisinske ferdigheter og om det eventuelt er variasjon i type kompetanse som oppnås gjennom studier i ulike land. Det er former for ferdigheter som best vurderes i praktiske situasjoner, og det er ikke enkelt å finne gode indikatorer som kan måle dette gjennom spørreskjema. Videre er det mest hensiktsmessig å vurdere denne type ferdigheter når studentene har avsluttet hele utdanningen, ettersom fagplaner (og dermed tidspunkt for tilegnelse av ulik kunnskap) kan variere mellom land og universiteter. Vårt skjema inneholder likevel noen spørsmål om hvordan studentene

følte de mestret ulike sider ved journalopptak og pasientintervju, som også har vært stilt til studenter i Norge. Disse spørsmålene er kun bedt besvart av studentene som har kommet så langt i studiet at de har fått en viss erfaring med klinisk arbeid. Når man tar hensyn til både studienivå og antall journalopptak blir det derfor for få studenter i hver gruppe til at det er vanskelig å si noe om eventuelle forskjeller mellom ulike land<sup>25</sup>. Det er rimelig å anta at ulike studiemodeller kan gi ulike typer ferdigheter, men ut fra vårt datamateriale kan vi vanskelig si noe om mulige variasjoner i mellom studenter som utdannes i ulike land. Dette er imidlertid et område det ville være nyttig og interessant å få mer kunnskap om, og som bør være et tema for videre forskning.

## 7.4 Tilfredshet med lærestedet

Den generelle undersøkelsen av studenter i utlandet viste at det er få studenter som er misfornøyd i sin samlede vurdering av lærestedet (Wiers-Jenssen 1999; 84)<sup>26</sup>. Det er heller ikke mange medisinstudenter som sier de er misfornøyd. Kun to prosent sier de er svært misfornøyd og ytterligere sju prosent sier de er litt misfornøyd. Halvparten sier de er svært fornøyd. Som vi ser av tabell 7.4 varierer studentenes grad av tilfredshet med land.

---

<sup>24</sup> En del befinner seg i en tidlig fase av studiet, og har knapt hatt muligheten til å mislykkes på eksamen ennå. Disse trekker snittet ned, og tallene for dem med lengre studieerfaring er høyere.

<sup>25</sup> Bare 114 studenter (15 prosent) har tatt opp 20 journaler eller fler.

<sup>26</sup> Man kan imidlertid tenke seg at de som har vært minst tilfredse med lærestedet har valgt å avbryte utdanningen, eller skifte lærested, og at dette fra-fallet kan gjøre at undersøkelsen gir et noe mer positivt bilde av bilde av situasjonen.



**Tabell 7.4** Samlet vurdering av lærestedet etter studieland. Vertikal prosen-  
tuering og gjennomsnittsskåre på skala 1-5 (1 = svært misfor-  
nøyd, 5 = svært fornøyd).

	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Engelsk- språklige	Andre	Total
1. Svært misfornøyd	1	3	4	1	1	1	0	2
2. Litt misfornøyd	7	8	5	3	1	10	10	7
3. Hverken/eller	9	11	6	5	0	2	14	7
4. Litt fornøyd	40	44	39	30	19	19	31	34
5. Svært fornøyd	44	33	46	61	79	68	45	50
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100
Gjennomsnittsskåre	4,2	4,0	4,2	4,5	4,7	4,4	4,1	4,2
N	211	131	111	74	70	81	71	749

Mest fornøyd er studentene i Sverige; hele 79 prosent av studentene der sier de er svært fornøyd. Også i engelskspråklige land og i Danmark erklærer mer en 60 prosent seg svært fornøyde. Andelene svært fornøyde er lavest i Ungarn, men også Polen, Tyskland og «andre» land ligger under gjennomsnittet.

Hvordan er så den generelle tilfredsheten sammenlignet med andre studentgrupper? Blant alle grupper utenlandsstudenter er andelen som er «svært fornøyd» 64 prosent (Wiers-Jenssen 1999; 84). Blant medisinstudentene i Norge er halvparten svært fornøyde, med andre ord på linje med gjennomsnittet for medisinstudenter i utlandet. På de fleste andre fagområder er de som studerer i utlandet *mer fornøyd* enn dem som studerer i Norge, men dette gjelder altså ikke medisinstudenter. Men det bør tilføyes at de som studerer medisin i Norge er mer tilfreds med studietilbudet enn de fleste andre studenter i Norge (<http://www.studmag.com>).

### 7.3.2 Forventninger og anbefalinger

Studentene ble også bedt om å vurdere lærestedet i forhold til forventningene de hadde før de begynte der. 43 prosent synes lærestedet er bedre enn forventet, 43 prosent synes det er omtrent som forventet, mens 15 prosent synes lærestedet er dårligere enn forventet. Andelene som synes lærestedet er bedre enn forventet er høyest i Sverige (69 prosent) og Polen (55 prosent).

På spørsmål om å vurdere sitt lærested opp mot et ideelt lærested svarer 36 prosent at deres lærested er nær eller helt opp til idealet. Mest positive er de som studerer i Sverige, der 78 prosent svarer at lærestedet

er nær eller helt opptil idealet. I motsatt ende av skalaen finner vi dem som studerer i Ungarn. Kun 19 prosent av disse synes at lærestedet er helt opp til eller nær idealet. Også i Polen og Tyskland er andelen som synes at lærestedet er nær idealet relativt lav, det vil si under 30 prosent.

Studentene ble også bedt om å anslå hvor sannsynlig det er at de ville anbefale sitt lærested til venner og kjente. Til sammen 74 prosent oppgir at det er «svært sannsynlig» eller «ganske sannsynlig» at de vil anbefale lærestedet til andre. Høyest andel som vil anbefale lærestedet finner vi i Sverige, der 73 prosent oppgir dette som «svært sannsynlig» og ytterligere 17 prosent svarer «ganske sannsynlig». I Ungarn, Polen og «andre» land er andelen som vil anbefale lærestedet langt lavere.

Spørsmålene om innfridde forventninger og tilbøyelighet til å anbefale lærestedet varierer med land, etter samme mønster som spørsmålet om generell tilfredshet med lærestedet. De som studerer i Sverige er mest positive, deretter følger de som studerer i Danmark og i engelskspråklige land. De som studerer i Tyskland, Ungarn, Polen og «andre» land er derimot noe mindre fornøyd.

### **7.3.3 Tilfredshet med undervisningskvalitet –tilbud og -miljø**

Hvilke forhold er det som gjør at nesten alle studentene i Sverige ville anbefale lærestedet sitt til andre, mens studenter i for eksempel Polen og Ungarn er mer forbeholdne i sine anbefalinger? Noe av forklaringen på dette kan vi få ved å se på tabell 7.5. Der er utenlandsstudentenes vurderinger av flere ulike forhold ved lærestedet listet opp. Kolonnen ytterst til høyre viser til sammenligning hvordan medisinstudenter i Norge vurderer de samme faktorene.

**Tabell 7.5** *Tilfredshet med ulike forhold ved lærestedet. Prosentandel som er fornøyde i ulike land og gjennomsnittsskåre på skala 1-5 (1 = svært misfornøyd, 5 = svært fornøyd).*

	Tysk-land	Un-garn	Polen	Dan-mark	Sver-ige	Eng. Språk	Andre	Gj. snitt utland	Gj. snitt Norge
Den faglige kvaliteten på forelesningene	82	80	85	80	99	91	86	85	72
Den pedagogiske kvaliteten på forelesningene	38	23	30	42	74	65	46	42	50
Undervisningstilbudet når det gjelder sammensetningen av det faglige stoffet	66	71	68	61	84	85	69	70	62
Undervisningstilbudet når det gjelder balansen mellom forelesninger, gruppearbeid og annen organisert faglig virksomhet	39	43	37	64	86	59	63	51	77
Balansen mellom organisert undervisning og selvstendig arbeid, for eksempel lesing og oppgaveskriving	40	31	34	57	71	54	45	44	71
Omfanget av veiledning og annen faglig tilbakemelding fra undervisningspersonalet	14	27	48	48	60	57	36	34	41
Plassforholdene i undervisnings- og grupperom	48	45	46	53	84	58	59	52	48
Det sosiale miljøet ved lærestedet	78	81	78	78	84	84	62	79	84
Det faglige miljøet ved lærestedet	87	80	84	91	96	91	86	84	86
Helhetsvurdering av service fra det administrative personalet	28	33	55	59	84	75	56	49	57
Gjennomsnittsskåre	3,3	3,4	3,5	3,7	4,2	4,0	3,6	3,6	3,7
<i>N</i>	211	132	111	74	70	80	70	748	246

Vi ser at faglig kvalitet og faglig miljø får en positiv vurdering i de fleste land. Sverige har høyest andel fornøyde, men variasjonene er relativt små. Også når det gjelder det sosiale miljøet er de fleste tilfredse, selv om studentene i «andre» land skårer noe lavere enn andre.

Når det gjelder en del andre faktorer, ser vi at det er relativt store variasjoner i studentenes grad av tilfredshet i ulike land. I Øst-Europa og Tyskland er det en ganske lav andel som sier seg fornøyd med den pedagogiske kvaliteten på undervisningen og balansen mellom ulike typer undervisning. Tyske læresteder kommer også svært dårlig ut når det gjelder omfanget av veiledning og annen tilbakemelding fra undervisningspersonalet, og heller ikke i Ungarn er det mange som er fornøyde med veiledningen. Tyskland og Ungarn ligger også i bunnsjiktet i vurderingen av administrativ service. Den misnøyen som forekommer er med andre ord rettet mot studiemodellen og måten studiene er organisert på, ikke den faglige kvaliteten. Som tidligere nevnt er utdanningssystemet og læringsmiljøet i Sentral-Europa preget av en noe «gammeldags» og autoritær utdanningskultur. Studentene får lite personlig oppfølging, og ansvaret for læring ligger i hovedsak på studentene selv. Strykprosenten er relativt høy. Denne modellen ser ut til å være noe vanskelig å tilpasse seg for norske medisinstudenter, i hvert fall er det slik at den blir vurdert mindre positiv av studentene.

Sammenligner vi gjennomsnittet for medisinstudenter i utlandet med medisinstudenter ved de norske universitetene finner vi at utenlandsstudentene er noe mer fornøyd med den *faglige* kvaliteten på undervisningen. De er også litt mer fornøyd med sammensetningen av de faglige stoffet. På de fleste andre områder er de som studerer i Norge noe mer fornøyd enn gjennomsnittet dem som studerer i utlandet. Det er særlig når det gjelder balanse mellom ulike typer faglig virksomhet de som studerer i Norge er mer fornøyd. Dette er naturlig å knytte til studiemodellen. Medisinstudiet i Norge er langt mer «skolepreget» enn de fleste andre universitetsfag, og gir den enkelte student relativt god oppfølging.

## **7.5 Oppsummering om faglig mestring og tilfredshet**

Norske medisinstudenter i utlandet oppfatter sine faglige prestasjoner som relativt gode, selv om andelen som tror de er blant de flinkeste studentene på sitt studium er lavere blant medisinstudenter enn blant andre norske utenlandsstudenter. Det er ikke nødvendigvis dem med høyest karakterer fra videregående skole i Norge som klarer seg best. Blant dem som studerer i Polen og Ungarn er det en betydelig andel som tror de er blant de beste studentene, til tross for at de som studerer i disse landene har et svakere karaktergrunnlag fra videregående skole enn andre. Gode resulta-

ter kommer imidlertid ikke gratis – utenlandsmedisinerne bruker mye tid på studiene per uke, langt mer enn dem som studerer i Norge. Studentene i Ungarn og Polen ligger på topp når det gjelder innsats. Mange studenter oppfatter det slik at kravene er større i utlandet, men det kan også være andre årsaker til at man bruker mye tid. For eksempel oppgir en del av dem som studerer i Tyskland at de bruker mye tid på studiene på grunn av språket. Andre faktorer som kan føre til høy studieinnsats er at undervisningsformene er annerledes, at studentene i liten grad har deltidsarbeid og andre forpliktelser utenom studiet, at de er mer interessert i studiet eller at de har dårlige forkunnskaper.

Det er få studenter som er direkte misfornøyd med lærestedet, men grad av tilfredshet varierer med land. De som studerer i Sverige er mest fornøyd, fulgt av dem som studerer i engelskspråklige land og dem som studerer i Danmark. I Ungarn, Polen, Tyskland og «andre land» finner vi en del studenter som er noe mindre tilfredse. Dette skyldes i liten grad misnøye med den faglige kvaliteten, men er i større grad knyttet til faktorer som pedagogisk kvalitet, sammensetningen av ulike former for undervisning samt omfang av veiledning og annen tilbakemelding fra undervisningspersonalet. Noe av denne misnøyen er rimelig å tolke som et utslag av problemer med å tilpasse seg det sentraleuropeiske utdanningssystemet. Læringsmiljøet og studiemodellen kan ha et autoritært preg og fortonne seg som lite studentvennlig sett med norske øyne. Det synes imidlertid å være liten grunn til å bekymre seg over den akademiske kvaliteten på undervisningen ved utenlandske læresteder, om vi skal dømme etter studentenes egne vurderinger.

## 8 Økonomiske rammer

Som vi har vært inne på tidligere, er økonomiske betraktninger tungtveiende ved valg av studieland. Mange ville foretrukket å studere i engelskspråklige land, men har slått det fra seg fordi studieavgiftene er langt høyere enn Lånekassens satser. Gjennom Lånekassens politikk for støtteordninger bidrar altså norske myndigheter til å styre strømmen av studenter i retning bestemte land. Men hvordan er så de økonomiske rammevilkårene for medisinstudenter i utlandet? Hva kan de få i støtte fra Lånekassen, og hvilken betydning har andre finansieringskilder? Dette er spørsmål vi skal ta for oss i dette kapittelet.

### 8.1 Støtte fra Lånekassen

Under forutsetning av at lærestedet er forhåndsgodkjent som støtteberettiget, kan nordmenn som studerer medisin i utlandet få støtte fra Lånekassen. Denne støtten gis i hovedsak i følgende former:

- Utdanningsstøtte (Lån og utdanningsstipend). Skal dekke leve- og bokostnader og utgifter til læremidler. I utregning av støttebeløpet inngår det et grunnbeløp som er felles for alle land. Utover grunnbeløpet kommer botillegget som fastsettes årlig for hvert enkelt land. For de land der nordmenn studerer medisin varierer samlet beløp for skoleåret 2000/2001 fra 70 400 (Ungarn, Polen, Tsjekkia) til 91 800 (USA). Om lag 47 500 kroner gis som lån, resten som stipend.
- Reisetillegg. Skal dekke to tur-returreiser fra folkeregistrert adresse i Norge til lærested i utlandet per år. 70 prosent av beløpet gis som stipend, 30 prosent som lån. For dem som studerer i Norden gis det stipend til tre reiser, med en egenandel på kr. 900.
- Støtte til skolepenger (gebyrstipend) Hel eller delvis dekning av skolepenger inntil kr 48 960 (for skoleåret 1999/2000). Hvis skolepengene er høyere, må overskytende beløp dekkes av egen lomme.

I tillegg er det mulig å få språkstipend på kr. 15 000 hvis man er tatt opp på en utdanning som har et annet *undervisningsspråk* enn engelsk og tar et språkkurs av minst fire ukers varighet. Dette stipendet kan *ikke* benyttes av medisinstudenter i land som Ungarn, Polen og Tsjekkia, ettersom de går på engelskspråklige undervisningsprogrammer. Kommunikasjonen med pasienter foregår på vertslandets språk, men dette er ikke tilstrekkelig kriterium for å være berettiget til språkstipend.

## 8.2 Studieavgifter

Medisinutdanning er gratis i nordiske land og Tyskland. Man blir kun avkrevd en mindre semesteravgift, slik man også blir i Norge. I engelskspråklige land er det høye studieavgifter. Nordmenn som studerer medisin i Storbritannia, og ikke har studieplass oppkjøpt av norske myndigheter, betaler opp til om lag 200 000 kroner per år. De 40 studentene i vårt materiale som studerer i engelskspråklige land uten oppkjøpt plass, betaler i gjennomsnitt 164 000 kr. i årlige studieavgifter. På de engelskspråklige programmene i Øst-Europa er studieavgiftene betraktelig lavere, og ikke så langt over det beløp som dekkes av Lånekassens gebyrstipend. Studentene i Ungarn oppgir i gjennomsnitt at de betaler 57 000 per år, mens studentene i Polen oppgir å betale 67 000.

## 8.3 Finansieringskilder

Hvordan finansierer så studentene livsopphold og eventuelle studieavgifter? I spørreskjemaet ba vi studentene merke av for ulike finansieringskilder og disse finansieringskildenes prosentvise andel av det totale forbruket.

**Tabell 8.1** *Finansiering av livsopphold og studieavgifter. Total finansiering fordelt etter finansieringskilde (vertikal prosentuering) og prosentandel som oppgir ulike typer finansieringskilder.*

Finansieringskilde	Finansieringskildens andel av total finansiering	Andel respondenter som markerte finansieringskilden
Stipend og lån fra Lånekassen	77	97
Kun stipend fra Lånekassen	1	2
Andre stipend (fra arbeidsgiver e.l.)	0	3
Privatlån	1	5
Egne arbeidsinntekter	9	55
Økonomisk støtte fra familie	8	49
Sum	96*	

\* Årsaken til at tabellen ikke summeres i 100 er at enkeltindividenes opplysninger om finansiering ikke alltid går opp i 100 prosent.

Av tabell 8.1 kan vi lese at så godt som alle har både lån og stipend i Lånekassen, og at disse kildene dekker om lag tre firedeler av det totale forbruket. Rundt halvparten oppgir at henholdsvis egne arbeidsinntekter og økonomisk støtte fra familien bidrar til å finansiere studiene. Den relative betydningen av disse inntektskildene er ikke så høy totalt sett, sam-

menlignet med støtten fra Lånekassen. Det er imidlertid variasjoner mellom studenter i ulike land.

Det er blant dem som studerer i Danmark og i Polen vi finner høyest andel som delfinansierer studiene med egne arbeidsinntekter. Mer enn tre av fire studenter i disse landene har arbeidsinntekter. Studentene i Danmark finansierer gjennomsnittlig 18 prosent av utgiftene gjennom arbeid. Over halvparten av dem som studerer i Danmark har deltidsarbeid ved siden av studiene i semesteret. I andre studieland er det få som arbeider i semesteret, inntektene skaffes hovedsakelig til veie gjennom å arbeide i Norge i sommerferiene.

Økonomisk støtte fra familien har størst betydning for dem som studerer i engelskspråklige land. De finansierer 17 prosent av utgiftene på denne måten. Som vi har vært inne på, består de som studerer i engelskspråklige land av to grupper med relativt forskjellig utgangspunkt; nærmere halvparten har studieplass oppkjøpt av myndigheter, mens resten betaler studiet selv. Går vi nærmere inn i materialet finner vi at de som studerer på oppkjøpt plass ikke får mer støtte hjemmefra enn andre. De som ikke har oppkjøpt plass finansierer 26 prosent av utgiftene med midler fra familie. Dersom vi for eksempel tar utgangspunkt i en studieavgift på 160 000 kroner, og regner 80 000 til årlige utgifter til bolig, mat og annet livsopphold, betyr det at disse studentene mottar om lag 60 000 kroner i støtte fra familien per år.

### **8.3.1 Hvordan finansieres høye studieavgifter?**

Det kan være interessant å se på hvordan de som betaler høye studieavgifter finansierer studiene. Arbeider de mer, får de mer støtte hjemmefra, eller tar de opp private lån? Vi skal se litt nærmere på dem som har mer enn 100 000 kroner i studieavgift. I vårt materiale består denne gruppen av 40 personer, med andre ord er det ikke noen stor gruppe, og det er vanskelig å finne resultater som er statistisk signifikant forskjellige fra øvrige studenter. Vi velger likevel å framlegge resultatene.

Nesten samtlige av dem som har mer enn 100 000 kroner i årlige studieavgifter studerer i engelskspråklige land uten oppkjøpt studieplass, de fleste i Irland. Arbeidsinntekter finansierer ikke noen høyere *prosent* av det totale utgifter for denne gruppen enn for andre, men andelen studenter som arbeider i Norge i feriene er litt høyere, (70 prosent), og de som arbeider flere uker i året enn andre (12 uker mot 8). Det er også flere som har privat lån (28 prosent) og stipend fra annen kilde (20 prosent) og en høyere andel som får økonomisk støtte fra familie (70 prosent). Den relative betydningen av de tre sist nevnte finansieringskildene er større enn for andre medisinstudenter. Særlig tydelig er dette i forhold til hvor mye støtte man får fra familie. De som har studieavgifter på 100 000 kroner eller mer finansierer hele 29 prosent av utgiftene sine gjennom økono-



misk støtte fra familie. Ut fra dette er det ikke overraskende å finne at andelen som har foreldre samlet bruttoinntekt på 800 000 kroner er noe høyere i denne gruppen enn gjennomsnittet for alle utenlandsstudenter (40 prosent mot 32 prosent). Men økonomisk støtte til utdanningsformål kan komme fra andre kilder enn foreldre, for eksempel besteforeldre eller arv.

De som betaler høye studieavgifter har altså en finansieringsprofil som avviker noe fra de øvrige studentene. Støtte fra Lånekassen har relativt sett mindre betydning, mens økonomisk støtte fra familie betyr mer. Støtte fra familie er nærmest en forutsetning for å kunne studere ved dyre læresteder; det er vanskeligere å skaffe seg deltidsarbeid i semesteret i utlandet enn hjemme, og det er begrenset hvor mye penger man kan legge seg opp ved å arbeide i Norge i feriene. Stipend og legater er sjelden noe man kan basere et seks års studium på, og det er begrenset hvor villige private banker er til å låne ut penger til utdanningsformål. De fleste som velger å studere på et universitet med høye studieavgifter baserer seg derfor på økonomisk støtte fra familie.

## 8.4 Relativ økonomi

Hvordan oppfatter studentene sin økonomiske situasjon i forhold til vertslandets studenter? Til sammen 59 prosent mener de klarer seg bedre enn vertslandets studenter, 31 prosent tror de klarer seg omtrent likt, mens 11 prosent tror de klarer seg dårligere. Resultatene må ses i lys av at den norske studiefinansieringsordningen er relativt gunstig, og at kjøpekraft og levestandard er lavere i mange andre land sett i forhold til Norge. Et norsk studielån kan ofte rekke lengre i utlandet enn i Norge.

Det er i Danmark og i engelskspråklige land vi finner høyest andel som tror de klarer seg dårligere. I Danmark tror fire av ti de klarer seg dårligere enn danskene. Dette må ses i sammenheng med at den danske studiefinansieringsordningen regnes for å være svært gunstig<sup>27</sup>. I engelskspråklige land er det først og fremst de som betaler studieavgifter som synes de kommer dårligere ut enn sine medstudenter fra vertslandet. Det kan også tilføyes at valutasingninger i perioder utgjør et problem for utenlandsstudenter. Støtten fra Lånekassen gis i norske kroner, og når for eksempel pund eller dollarkursen stiger øker utgifter til både skolepenger

---

<sup>27</sup> Den danske studiefinansieringsordningen har en høy stipendandel, men rentene løper i studietiden. Hvor gunstig ordningen er, avhenger derfor av studieprogresjonen.

og livsopphold. Dette kan representere betydelig økonomisk belastning, og er i alle tilfelle et vesentlig usikkerhetsmoment<sup>28</sup>.

## 8.5 Er det dyrt å studere medisin i utlandet?

Svaret på dette spørsmålet avhenger av hvor man velger å studere. Studenter i Norden og Tyskland betaler ikke studieavgifter, og kostnadene er derfor neppe særlig høyere enn i Norge. Velger man å studere i Øst-Europa er studieavgiftene noe i overkant av Lånekassens satser, men til gjengjeld er levekostnadene moderate, slik at de totale utgiftene ikke nødvendigvis blir så høye. Velger man å studere i engelskspråklige land, og ikke har studie plass oppkjøpt av norske myndigheter, må man ut med store beløp i studieavgifter. For et seks års studium må man skaffe til veie ca. 700 000 kroner ut over støtten fra Lånekassen.

Sammenligner vi lånopptak blant medisinstudenter i utlandet og i Norge, finner vi at de som studerer i utlandet i gjennomsnitt tar opp noe høyere lån hvert år. I perioden 1990-1999 tok utenlandsmedisinerne i gjennomsnitt opp 46 272 kroner per år i studielån, mens tilsvarende tall for medisinstudenter i Norge var 41 175 (Lånekassen, personlig henvendelse). Utenlandsstudentene lånte med andre ord drøyt 5 000 kroner mer per år, noe som tilsvarer ca. 12 prosent høyere lån. I tillegg har vi sett at det er vanligere å stryke til eksamen blant utenlandsstudentene enn blant medisinstudentene i Norge. Dette kan medføre forlenget studietid og økte totalutgifter.

---

<sup>28</sup> P.t. er det slik at dersom kursen i januar et år har steget mer enn 5 prosent fra året før, ubetales valutakompensasjon fra Lånekassen.

## 9 Utvidet utbytte

Som vi så i kapittel fem, er det slik at de fleste som studerer medisin i utlandet reiser ut først og fremst fordi de ønsker å realisere sine drømmer og ambisjoner om å bli lege. Mange ser i tillegg positivt på de *mulighetene* som byr seg ved å oppholde seg utenlands en periode, til tross for at et flertall i utgangspunktet ville foretrukket studieplass i Norge. Å studere i andre omgivelser enn norske gir nødvendigvis andre impulser. Ved å bo fem-seks år i utlandet har man rikelig anledning til å høste erfaringer når det gjelder for eksempel utdanningssystem, kultur, væremåter og andre særtrekk ved et annet land. Man forbedrer forhåpentligvis sine språkkunnskaper og man knytter forbindelser med ungdom fra andre land. De fleste eksponeres for et mer internasjonalt studentmiljø enn det de ville gjort i Norge, og blir dermed kjent med studenter fra flere land enn vertslandet.

Hvordan ser så studentene på det «utenomakademiske» utbyttet når de har vært ute en stund? I hvilken grad opplever de fordeler ved å studere i utlandet, og i hvilken grad oppfatter de at det er ulemper ved å studere ute? Dette er spørsmål vi skal forsøke å besvare i dette kapittelet.

### 9.1 Faglig utbytte og syn på arbeidsgiveres vurderinger

Hvor vidt det reelt sett er en fordel eller ulempe å ha medisinutdanning fra utlandet, hvis man skal arbeide i norsk helsevesen, er det vanskelig å si noe sikkert om. Dette vil sikkert variere med hvilket land man har studert i, hvilken type stilling og fagområde man sikter mot, og i hvilken grad man har skaffet seg arbeidserfaring fra norsk helsevesen i feriene. Studentene selv ser svært positivt på det *faglige* utbyttet av å studere i utlandet, kontra å studere i Norge. Til sammen tre av fire tror det er en fordel å studere i utlandet; 32 prosent tror det er en stor fordel, mens 43 prosent tror det er litt fordel. Bare fire prosent tror det er en ulempe, mens de resterende 21 prosent tror det verken er en fordel eller ulempe. Andelene som tror det er en stor fordel å studere i utlandet er størst blant dem som studerer i engelskspråklige land (53 prosent), Polen (49 prosent) og Ungarn (41 prosent) og lavest i Danmark (7 prosent). For å eksemplifisere mulige faglige fordeler og ulemper ved å ta medisinutdanning i utlandet, vil vi i neste avsnitt se litt på hvilke refleksjoner studentene vi intervjuet i Budapest gjorde seg omkring dette temaet.

### 9.1.1 Synet på faglige fordeler og ulemper ved å studere i Ungarn

Studenter vi intervjuet i Budapest mente at det helt klart var en fordel å studere i Ungarn når det gjaldt det teoretiske fundamentet, med mulig unntak for de sosialmedisinske fagene. Det ble imidlertid uttrykt en viss misnøye med den ungarske læringsmodellen, som flere oppfattet som «gammeldags» i forhold til den problembaserte modellen som har fått innpass i Norge. Med hensyn til kliniske ferdigheter, var oppfatningene delte. De som mente det ville vært bedre å studere i Norge, begrunnet dette hovedsakelig ut fra språklige hensyn. Ungarskkunnskapene strakk ikke alltid til for å få med seg pasientens sykehistorie, og det kom fram en viss skepsis til muligheten for å tilegne seg tilstrekkelige ferdigheter i lege – pasientkommunikasjon. En andreårsstudent uttrykker sin bekymring slik:

*Når du kommer ut i klinikken, altså når du er ferdig med de første to årene, så tror jeg du kunne favorisert mer på å være hjemme, for da snakker du norsk, og du snakker med pasientene på en hel annen måte. Der nede kan du ikke holde en dagligdags samtale. Du kan spørre «Har du vondt i hodet? Har du vondt i armen? », sånne ting. Men du kan ikke forstå hvis de begynner å snakke om et dårlig ekte-skap og en syk bestemor, du har ikke sjangs til å følge med på det. Så jeg tror pasientkontakten bli noe helt annet hjemme i Norge.*

Studentene håpet imidlertid at eventuell manglende kommunikasjonsferfaring fra Ungarn ble kompensert gjennom praksis ved norske sykehus (de ungarske universitetene legger opp til at utenlandske studenter skal ha noen ukers praksis ved sykehus i hjemlandet hvert år). Det ble også nevnt at begrensede språkferdigheter faktisk også kunne ha positive bieffekter. Manglende evne til verbal kommunikasjon tvang studentene til å bli mer observante i forhold til pasientenes kroppsspråk, ble det hevdet. Den slags ferdigheter mente de ville være nyttig også i forhold til yrkesutøvelsen i Norge.

Noen understreket fordelene ved å gjennomføre den kliniske fasen av studiet utenlands. De var av den oppfatning at de i klinikken fikk utføre oppgaver og se sykdomstilfeller de ikke ville blitt eksponert for i Norge. En femteårsstudent uttrykte dette slik:

*Folk virker på meg generelt mye sykere her nede, og det går mye lengre tid før de kommer på sykebus. Så vi får se veldig mange ting, tror jeg, som andre bare leser om. Som for eksempel at i Norge er det så vidt jeg vet ikke obligatorisk med obdusering. Men det er det jo her nede, alle som dør på sykebus skal obduseres. Og vi får se fem obduksjoner i uka det ene året vi har patologi. Nå har vi rettsmedisin – vi får se enormt masse stygge ulykker, folk som tar selvmord og alt mulig sånt. Det er ikke så veldig hyggelig, men det er en enorm erfaring å ta med seg.*

*Kunne få oppleve å få se mange av de tingene som andre bare leser om, å kunne få se det i praksis. .... Og det at det er så stor forskjell i nivå mellom lege og pasient gjør at jeg kan komme og si til legen «Er det greit at jeg går og undersøker de femti pasientene på post fire?». Og jeg kan gjøre hva jeg vil med dem, i teorien. Det ville jeg aldri kunne gjøre hjemme i Norge. Jeg kunne ikke bare gå rundt og si «Jeg vil stikke deg, jeg vil sette kateter på deg» eller sånne ting. Her nede så sier pasienten «Ja, selvfølgelig» med én gang.*

Utsagnet ovenfor illustrerer også at utenlandsstudentene kan få oppleve en sykehuskultur som er mer hierarkisk, eller på andre måter skiller seg fra norske forhold. Flere framhevet det negative ved at også universitetsstrukturen var sterkt paternalistisk. Studentene i Budapest var svært bevisst slike kulturforskjeller, men trodde ikke at påvirkning fra ungarsk helsevesenkultur ville skape problemer for deres framtidige yrkesutøvelse i Norge. De var av den oppfatning at den årlige obligatoriske praksisen ved norske sykehus og det de omtalte som «norsk sunn fornuft» ville forhindre dem fra å trekke med seg eventuelle upassende holdninger hjem til Norge.

### **9.1.2 Synet på arbeidsgiveres vurdering av utenlandsstudier**

Studentene vurderer det selv som faglig positivt å studere i utlandet, men er noe mer skeptiske til om potensielle arbeidsgivere er av samme oppfatning. 15 prosent tror at arbeidsgivere vil oppfatte det som en stor fordel at de har studert i utlandet, og 35 prosent tror det vil være litt fordel. Med andre ord tror til sammen halvparten av studentene at arbeidsgivere vil oppfatte det som en fordel at de har studert utenlands. Kun sju prosent tror arbeidsgiverne vil oppfatte det som en ulempe, mens 43 prosent er nøytrale. Det er særlig de som studerer i Polen som har tro på at framtidige arbeidsgivere vil vurdere deres utenlandsopphold som positivt. Her tror to av tre at arbeidsgiverne vil vurdere det som en fordel at de har studert i utlandet.

Blant studentene vi intervjuet i Berlin påpekte noen at det er mange tyskutdannede leger i Norge, og at utdanningen derfor er godt kjent. Andre var litt engstelige for at arbeidsgivere ville være litt skeptisk til deres praktiske ferdigheter. På spørsmål om det hadde noe å si at man var utdannet i Tyskland eller Norge, svarte en av jentene slik:

*Det tror jeg er litt både óg. Jeg har hørt både litt negativt, at vi kommer hjem og har hatt veldig lite praksis. Og så har jeg hørt andre veien; at vi som har vært i Tyskland har et veldig godt teoretisk grunnlag. .... Det er mange som verdsetter det vi har, som synes det er en styrke å kunne dra ut og ta et såpass langt studium i utlandet. Så bortsett fra det, så er det ikke noe problem for meg å få jobb når jeg kommer hjem*

*i hvert fall. Jeg er jo heldig på den måten, så jeg har ikke gjort meg så mange tanker om det. Det er nok litt annerledes for økonomer eller andre som må markedsføre seg når de kommer hjem.*

Dette sitatet illustrerer et sentralt poeng; det har foreløpig ikke vært noen fare for å bli arbeidsledig som lege i Norge. Hva framtidige arbeidsgivere måtte mene og synes, er derfor mindre betydningsfullt for medisinstudentene enn for en del andre studentgrupper.

Sett i forhold til gjennomsnittet for utenlandsstudenter, er det blant medisinstudentene en noe lavere andel som tror det er fordelaktig å studere ute, både faglig sett og i forhold til framtidige arbeidsgiveres vurderinger (Wiers-Jenssen 1999; 100). Særlig når det gjelder oppfatninger om arbeidsgiveres vurderinger framtrer store forskjeller. Som nevnt er det blant medisinstudentene 15 prosent som tror at arbeidsgivere vil anse det som en stor fordel at de har studert i utlandet, mens tilsvarende tall er 63 prosent for økonomi/hotellfagstudenter og 50 prosent for teknologi/realfagstudenter. Dette må ses i sammenheng med to forhold. For det første er *pensum* sannsynligvis mindre varierende i medisintutdanningen enn i mange andre utdanninger. Studentene kan med andre ord i begrenset grad skilte med en spesial- eller spisskompetanse ved å ta medisinsk grunnutdanning i utlandet. For det andre vil «utenomakademiske» ferdigheter, som språk- eller kulturkompetanse, sjeldnere ha avgjørende nytte i arbeidet som lege, sett i forhold til for eksempel hvordan en økonom som arbeider i eksportindustrien kan ha bruk for denne type kompetanse.

## **9.2 Andre fordeler og ulemper ved utenlandsstudier**

Vi har sett at majoriteten av studentene synes de har et godt faglig utbytte av å studere i utlandet. Men i hvilken grad ser de andre fordeler ved å studere ute? Som vi så i kapittel fem var mange studenter tiltrukket av *mulighetene* som åpnet seg ved å studere i utlandet, så som anledning til å lære språk og å studere i et internasjonalt miljø. Men vi kan også anta noen savner hjemmemiljøet, og opplever at det å studere ute kan ha sine negative sider. Vi skal først se litt på hvordan studentene ser på potensielle fordeler ved å studere utenlands, deretter skal vi se på mulige ulemper.

Tabell 9.1 viser hvordan studentene vektlegger de potensielt positive faktorene. Vi ser at «personlig vekst» er den faktoren flest studenter legger størst vekt på. Denne faktoren ble også sterkt vektlagt i de kvalitative intervjuene, der flere påpekte at de mange utfordringene de ble stilt ovenfor var noe de vokste på. Også tilpasningsproblemer de hadde i starten syntes i ettertid å bli fortolket positivt, som en kilde til personlig vekst. «Utenlandske venner/kontakter» og «perspektiv på norske forhold» er and-

re faktorer som blir framhevet uansett studieland. (Se vedleggstabell 9a for gjennomsnittsskåre i ulike land).

**Tabell 9.1** Fordeler med utenlandsstudier. Horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre 0-3 (0 = ingen betydning, 3 = svært stor betydning). N=738-742.

Fordeler	Svært stor betydning	Nokså stor betydning	Liten betydning	Ingen betydning	Gjennomsnittsskåre
Personlig vekst	58	36	5	1	2,5
Utenlandske venner/kontakter	35	45	17	3	2,1
Perspektiv på norske forhold	35	43	19	3	2,1
Språkkunnskaper	37	32	22	10	2,0
Godt miljø blant de norske studentene	28	38	23	11	1,8
Kjennskap til et annet lands kultur	21	44	27	8	1,8
Øker mulighetene for en internasjonal karriere	20	31	35	15	1,6
Utdanning med annerledes innhold	11	31	41	17	1,4

Vektleggingen av språkkunnskaper varierer naturlig nok med land. Mer enn ni av ti studenter i engelskspråklige land og i Tyskland tillegger språkkunnskaper nokså stor eller svært stor betydning. De som studerer i Sverige og Danmark legger lite vekt på dette, og er også mindre opptatt av at de får kjennskap til et annet lands kultur. Dette er ikke overraskende tatt i betraktning at språk- og kulturforskjellene mellom skandinaviske land tross alt er relativt små.

Betydningen av et godt norsk studiemiljø er også noe som varierer med studieland. Det er studentene i Ungarn og Polen som synes norsk studiemiljø er viktigst. Dette må dels ses i sammenheng med at det er svært mange norske medisinstudenter i disse landene, konsentrert om et fåtall universiteter, slik at *mulighetene* for å omgås nordmenn i høyeste grad er til stede (tre av fire studenter i Ungarn og Polen går på universiteter med mer enn 50 andre norske medisinstudenter). Dels må det også ses i sammenheng med forhold vi beskrev i kapittel seks; egne studieprogrammer for utlendinger, manglende språkkunnskaper m.m. impliserer at nordmenn får lite kontakt med vertslandets studenter. Mangel på interaksjon med østeuropeerne fører trolig til at nordmenn blir desto mer sentrale i studentenes nettverk. Studentene i Sverige, Danmark og «andre land» land er de som er minst opptatt av det norske miljøets betydning. Det er et betydelig antall nordmenn man kan omgås i de skandinaviske universitetsbyene, men studentene i Skandinavia er trolig mindre sosialt «avhengi-

ge» av andre nordmenn, tatt i betraktning de små språk- og kulturforskjellene. Studentene i «andre land» har færre nordmenn de har mulighet til å omgås, og norsk studiemiljø har følgelig mindre betydning for disse. Når det gjelder å øke mulighetene for en internasjonal karriere, så er det de som studerer i engelskspråklige land som er mest opptatt av dette.

Når det gjelder mulige ulemper ved å studere i utlandet, så er det først og fremst at man har mindre kontakt med venner og familie i Norge som oppleves som negativt. Som det framgår av tabell 9.2 er det få andre faktorer som tillegges stor negativ betydning.

**Tabell 9.2** *Ulemper med utenlandsstudier. Horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre 0-3 (0 = ingen betydning, 3 = svært stor betydning). N=742*

Ulemper	Svært stor betydning	Nokså stor betydning	Liten betydning	Ingen betydning	Gjennomsnittsskåre
Mindre kontakt med norske venner	22	51	25	3	1,9
Mindre kontakt med familie	18	41	35	6	1,7
Vanskelig å holde seg ajour med Nyhetsbildet og utviklingen i Norge	8	35	38	19	1,3
Manglende kontakt med potensielle Arbeidsgivere/faglig nettverk	7	24	44	26	1,1
Større studielån	14	16	25	45	1,0
Norske arbeidsgivere mangler Kjennskap til utdanningen	6	16	39	39	0,9
Innholdet i utdanningen kan være Vanskelig å tilpasse norske forhold	1	3	33	64	0,4
Forlenget studietid	2	5	21	73	0,3

Blant dem som studerer i «nye» utdanningsland som Ungarn og Polen er det en del som mener at det kan være et problem at norske arbeidsgivere mangler kjennskap til utdanningen. Ellers er det relativt små variasjoner mellom studenter i ulike land når det gjelder vektleggingen av eventuelle ulemper ved utenlandsstudier (Se vedleggstabell 9b for gjennomsnittsskårer i ulike land).

Sammenligner vi tabell 9.1 og 9.2, ser vi at de positive faktorene tillegges større vekt enn de negative. Dette samsvarer helt klart med inntrykk vi har fått gjennom kvalitative intervjuer. Studentene opplever studietiden i utlandet som en erfaring de vokser på. De må takle utfordringer på mange plan, og mange tror de utvikler seg mer som mennesker ved å studere i utlandet enn det de ville gjort om de hadde studert i Norge. Det er altså slik at selv studenter som i utgangspunktet ville foretrukket å stu-



dere i Norge, ser flere fordeler enn ulemper ved å studere i utlandet når de først befinner seg der.

Medisinstudentenes vurderinger av de negative sidene ved utenlandsoppholdet skiller seg fra andre utenlandsstudenter ved at de i mindre grad opplever et eventuelt større studielån som et problem. Dette kan ha sammenheng med at lånopptaket faktisk ikke er så mye større enn blant medisinstudenter i Norge og at medisინutdanning er en bedre økonomisk investering enn mange andre universitetsutdanninger. Medisinstudentene skiller seg også fra andre utenlandsstudenter ved at de er mindre bekymret for at framtidige arbeidsgivere mangler kjennskap til deres utdanning. Når det gjelder de positive sidene ved utenlandsoppholdet, er det verdt å merke seg at medisinstudentene ser omtrent like positivt på fordelene ved å studere utenlands som andre utenlandsstudenter, på tross av at de før de dro ut syntes mindre interessert i språk, kultur osv. Medisinstudentene skiller seg imidlertid fra andre utenlandsstudenter ved at flere er opptatt av godt norsk miljø og færre er opptatt av mulighetene for internasjonal karriere. Det første kan tolkes i lys av forhold vi har vært inne på før; medisinstudentene går ofte på utdanningsinstitusjoner med mange andre nordmenn, og har således god anledning til å omgås sine landsmenn. Mindre vektlegging av muligheter for internasjonal karriere kan tolkes på flere måter: Enten tenker studentene at en medisინutdanning gir gode muligheter for en internasjonal karriere, uavhengig av om utdanningen er tatt i Norge eller utlandet. Det kan også være at internasjonal orientering er en konsekvens av hvilket land de studerer i. Alternativt er studentene faktisk mindre interessert i en internasjonal karriere. Dette bringer oss over til neste tema, som er hvorvidt studentene ønsker å arbeide i Norge eller i utlandet i framtiden.

### **9.3 Framtidig arbeidsland**

Planlegger medisinstudentene å reise hjem til Norge etter endt utdanning, eller ser de for seg en karriere i utlandet? Risikerer man såkalt «brain drain», at mange studenter forblir i utlandet? Gjennom et utenlandsstudium kan man opparbeide interesse for andre land, man kan bli mer språklig kompetent for en internasjonal karriere, og man kan også tenkes å finne en partner av annen nasjonalitet. Hittil har det vært slik at de aller fleste utenlandsstudenter returnerer til Norge. Undersøkelser Lånekassen har foretatt viser at mer enn åtte av ti norske utenlandsstudenter vender hjem, men at andelen synes å være noe synkende (St meld nr 19 1996-97). Lånekassens analyser viser at kvinner i større grad enn menn blir boende utenlands. Hvor medisinstudentene i vårt datamateriale tror de vil arbeide, henholdsvis umiddelbart etter avsluttet studium, fem år senere og ti år senere framgår av tabell 9.3.

**Tabell 9.3** Studentenes planer for hvor de vil arbeide etter endt utdanning. Vertikal prosentfordeling.

Arbeidsland	Antall år etter avsluttet studium		
	0 år	5 år	10 år
Norge	85	63	78
Studielandet	10	6	3
Andre land	5	31	19
Sum	100	100	100
N	749	740	732

De fleste medisinstudenter tenker seg å reise tilbake til Norge rett etter avsluttet studium. Dette må ses i sammenheng med turnustjenesten. Andelen som ønsker å reise rett tilbake til Norge med en gang de er ferdige er lavest blant dem som studerer i Danmark. Drøyt en tredel av studentene der tenker å bli værende i Danmark rett etter avsluttet studium.

Etter fem år er det hele 37 prosent som tenker seg at de vil arbeide i utlandet. Relativt få av disse ønsker å arbeide i sitt tidligere studieland, med noen unntak blant dem som har studert i Norden og engelskspråklige land. Andelen som ønsker å arbeide i andre land enn sitt tidligere studieland er høyest blant dem som studerer i Polen (42 prosent) og Ungarn (41 prosent) og lavest blant dem som studerer i Tyskland (22 prosent). Ti år etter avsluttet utdanning er det flere som tror de vil være tilbake i Norge igjen, men 22 prosent tenker seg fortsatt å arbeide i utlandet på dette tidspunkt. Variasjonene mellom studenter med bakgrunn fra ulike studieland er små når vi ser så langt fram i tid.

Det er ikke store forskjeller mellom kvinnelige og mannlige studenter når det gjelder planer for framtidig arbeidsland, men det er en tendens til at kvinner i større grad ønsker å arbeide i utlandet. Fem år etter endt utdanning det ti prosentpoeng flere kvinner enn menn som tror de vil arbeide utenlands, og denne forskjellen er statistisk signifikant.

Hvis studentene holder fast ved sine planer, vil man oppleve en lavere tilbakevendingsandel i framtiden enn hva som hittil har vært tilfelle. Men tatt i betraktning forhold som at arbeidsmarkedet for leger er bedre i Norge enn i mange andre land og at praktiske hensyn, som for eksempel familieetablering, kan endre preferansene, er det ikke gitt at andelen som kommer til å arbeide utenlands blir like høy som planlagt.

### 9.3.1 Framtidig arbeidsland i forhold til andre utenlandsstudenter

I punkt 9.2 var vi inne på spørsmålet om medisinstudentene er mindre interessert i en internasjonal karriere enn andre utenlandsstudenter. Som vi ser av tabell 9.4 er det faktisk slik at medisinstudentene har en lavere tilbøyelighet til å planlegge en internasjonal karriere enn de fleste andre

grupper av utenlandsstudenter. Det er kun andre helsefagstudenter (der majoriteten er sykepleierstudenter) som hyppigere foretrekker å arbeide i Norge på sikt.

**Tabell 9.4** *Prosentandel studenter på ulike fag som tenker seg å arbeide i Norge på ulike tidspunkter.*

Fagområde	Antall år etter avsluttet studium			
	0 år	5 år	10 år	N
Medisin	85	63	78	732-749
Andre helsefag	55	66	86	150-154
Teknologi/realfag	44	51	70	165-166
Økonomi/hotellfag	36	36	70	194-197
Humaniora/samfunnsfag	43	56	70	205-211
Kunstfag	34	48	66	152-161

Blant dem som studerer kunstfag, økonomi/hotellfag, teknologi/realfag og humaniora/samfunnsfag er det en langt større andel som ønsker å arbeide i utlandet i en periode, før de eventuelt vender tilbake til Norge. Vi kan altså fastslå at de som studerer medisin i utlandet ikke er spesielt opptatt av en internasjonal karriere, sammenlignet med andre utenlandsstudenter. Dette kan synes overraskende, tatt i betraktning at legeyrket er mulig å utøve i hele verden og at det er relativt gode muligheter til å få arbeid gjennom internasjonale hjelpeorganisasjoner. Men heller ikke gruppen «andre helsefagstudenter» er særlig interessert i internasjonal karriere. Det er rimelig å se interessen for å arbeide i utlandet i sammenheng med hvilke begrunnelser ulike studentgrupper i utgangspunktet hadde for å studere i utlandet. Utferdstrang, eventyrlyst og andre såkalte «lystmotiver» i utgangspunktet var mindre viktige for beslutningen om å studere utenlands blant dem som studerer medisinske fag og andre helsefag enn blant andre utenlandsstudenter (Wiers-Jenssen 1999; tabell 5.1) De som studerer medisinske fag og andre helsefag la stor vekt på at de reiste ut fordi de ikke fikk plass på ønsket studium i Norge, og fordi de ønsket å få et bestemt yrke. Med andre ord var studier i utlandet først og fremst et middel for å nå et mål. Blant de andre studentgruppene syntes utenlandsoppholdet i større grad å være et mål i seg selv. I så måte er det ikke oppsiktsvekkende at andre studentgrupper har større interesse av å forlenge sitt utenlandsopphold enn det medisin- og helsefagstudenter har.

## 9.4 Endret syn på Norge

Et lengre opphold i et annet land gir innsikt i dette landets kultur, tradisjoner og væremåter. Men møtet med en annen kultur kan også gi nye perspektiver på den kulturen man kommer *fra*. Gjennom å se Norge i kontrast til andre land, kan man få et mer reflektert forhold til ting man ofte tar for gitt. Som vi så av tabell 9.1, opplever mange av medisinstudentene det som positivt at utenlandsoppholdet gir dem perspektiv på norske forhold. Dette er også noe som har kommet klart fram i kvalitative intervjuer – mange endrer syn på Norge etter en tid i utlandet. Studentene erfarer at et samfunn kan organiseres etter andre prinsipper enn de er vant med. En av studentene vi intervjuet i Budapest gir uttrykk for hvordan han har utvidet sin horisont på denne måten:

*Jeg tror man har godt av å komme ut litt, jeg. Man blir ikke så firkan-  
ta, man skjønner at det finnes andre kulturer og levemåter, og folk  
kan leve på en helt annen måte. .... Men jeg synes det er gøy å  
komme ut å oppleve en annen kultur. Jeg synes det gjør meg rikere  
som person når jeg kommer hjem. Jeg får andre synspunkter og vink-  
linger på ting. Ting trenger ikke være sånn eller sånn som vi alltid har  
lært og er oppdratt til i Norge.*

Men ikke alle holdningsendringer går i vertslandets favør. Flere studenter understreker også hvordan utenlandsstudier har lært dem å sette større pris på Norge. En av studentene vi intervjuet i Budapest sier det slik:

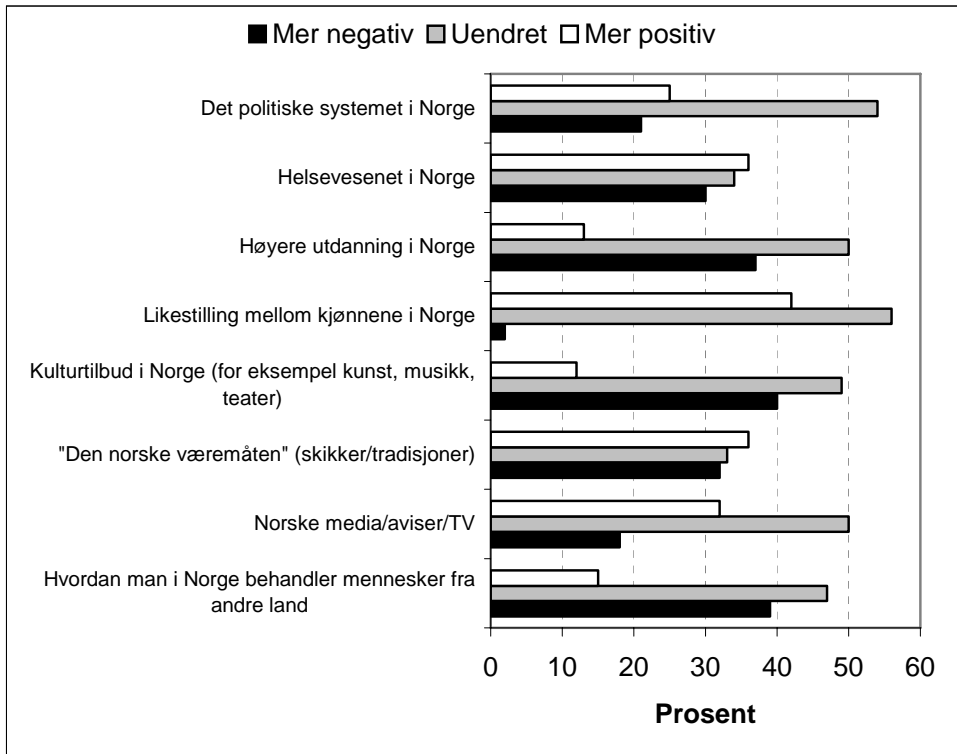
*Ellers så ser du jo hvor godt vi har det i Norge. Du må alltid ut for å se  
hvor fint du har det hjemme. Du oppdager... bare det med helsevese-  
net - at du har gratis helsevesen og slipper å betale forsikring og ikke  
vite om du får behandling. Og du ser standarden her i forhold til  
hjemme.*

En annen student er inne på samme tema, men understreker sterkere at utenlandsoppholdet kan forsterke en norsk identitet:

*Man blir mer glad i Norge. Jeg blir jævlig mye mer norsk her nede. Jeg  
har bunaden min her nede og allting. Så man blir veldig norsk, jeg er  
veldig glad i Norge. Men likevel skjønner jeg at Norge ikke er verdens  
navle, Norge er ikke perfekt i det hele tatt. Det har man kanskje lett for  
å glemme hvis man bare bor i Norge og hører norske ting og ser alt  
med norske øyne.*

Den type erfaringer som er beskrevet ovenfor er ikke så enkle å kvantifisere. I spørreskjemaet satte vi opp en liste med tema, og spurte studentene om de hadde endret oppfatning om disse forholdene etter at de reiste

ut for å studere. Dette er en type spørsmål som ikke er metodisk uproblematiske, ettersom vi ikke har noe eksakt referansepunkt – vi vet ikke hvor positive eller negative studentene var til disse forholdene før de reiste ut. Hvilke *forventninger* man hadde til vertslandet kan utvilsomt være med på å påvirke oppfatningene. Likevel kan svarene gi oss en pekepinn på hvilken retning holdningsendringene går.



**Figur 9.1** Endring i oppfatning om ulike forhold i Norge. Prosent. N=746.

Endrede oppfatninger i favør av Norge finner vi særlig når det gjelder synet på likestilling og norske media. Det er en langt større andel som har blitt mer positive enn som har blitt mer negative til hvordan dette fungerer i Norge. Endrede oppfatninger i motsatt retning finner vi i synet på kulturtilbud, høyere utdanning i Norge og hvordan man i Norge behandler mennesker fra andre land. I løpet av utenlandsoppholdet er det flere som har blitt mer negative enn som har blitt mer positivt innstilt til hvordan dette fungerer i Norge.

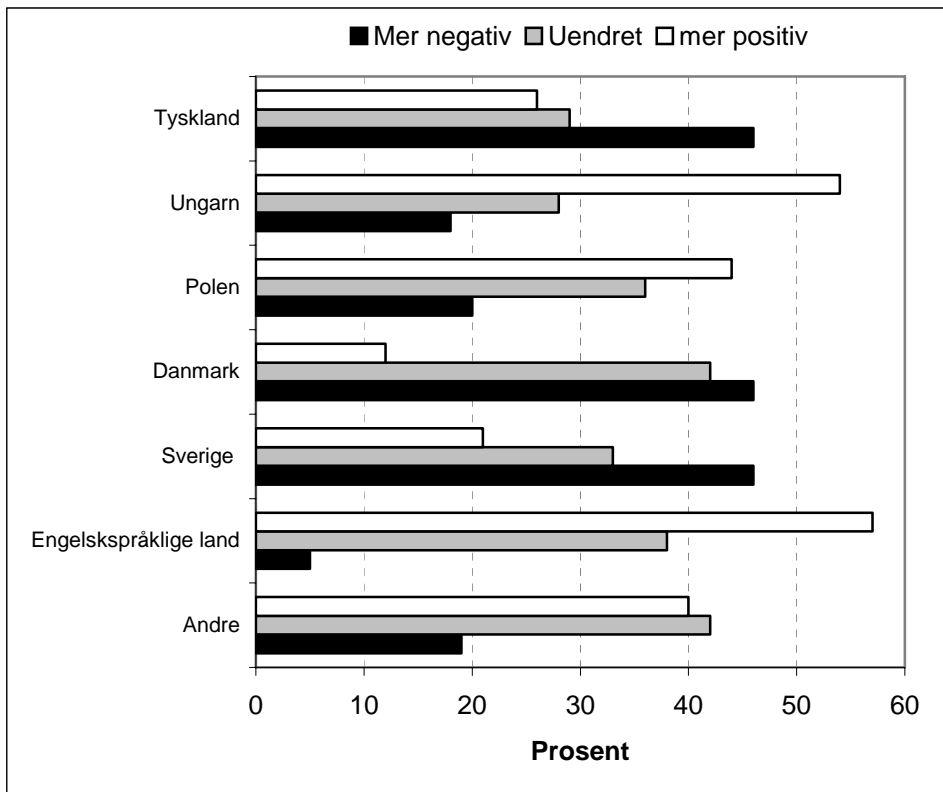
Når det gjelder helsevesenet og «Den norske væremåten» er andelene som har blitt henholdsvis mer positive og negative omtrent like store. Bak søylene i figur 9.1 skjuler det seg imidlertid forskjeller mellom studenter i

ulike land, og vi skal se litt på de områdene der forskjellene er mest markante.

Med hensyn til likestilling i Norge er det få som har blitt mer negative. Det er imidlertid store forskjeller i andelene som har uendret syn og som har blitt mer positive. Flest som har blitt mer positive finner vi i Tyskland (61 prosent), engelskspråklige land (56 prosent) og «andre» land (54 prosent). I Norden har rundt 85 prosent uendret holdning. Likestillings-spørsmål synes å oppta de kvinnelige studentene mer enn de mannlige. Blant kvinner er det om lag like store andeler som har fått et mer positivt syn på likestilling i Norge som det er som har uendret holdning. Blant menn er det et flertall (62 prosent) som har en uendret oppfatning.

Når det gjelder kulturtilbud, er det i Tyskland (50 prosent) og Polen (46 prosent) vi finner høyest andel som er blitt mer negative til tilbudet i Norge. Når det gjelder hvordan man i Norge behandler mennesker fra andre land, finner vi flest som har blitt mer negative blant dem som studerer i engelskspråklige land (53 prosent) og i Sverige (53 prosent).

Helsevesenet er et område medisinstudenter skulle ha relativt gode forutsetninger for å mene noe om, og som vi ser av figur 9.2 framtrer det her et mer polarisert bilde når vi ser på ulike studieland. Mens 46 prosent av dem som studerer i Danmark, Sverige og Tyskland har utviklet et mer negativt syn på norsk helsevesen i løpet av studieoppholdet, har de som studerer i engelskspråklige land, i Ungarn og i Polen har beveget seg i motsatt retning. Der har henholdsvis 57, 54 og 44 prosent blitt mer positive. I hvilken grad man endrer oppfatning om norsk helsevesen avhenger med andre ord sterkt med hvilket annet lands helsevesen man sammenligner med.



**Figur 9.2** *Endringer i holdninger til norsk helsevesen blant studenter i ulike land. N=746*

## 9.5 Oppsummering om positive og negative sider ved utenlandsstudier

Etter studentenes egne oppfatninger, er det mange fordeler ved å studere medisin i utlandet. Det akademiske utbyttet synes godt; tre av fire mener det faglig sett er en fordel å studere i utlandet framfor i Norge. I tillegg er det en rekke forhold utover det rent akademiske som studentene opplever som positive. Mange føler at de vokser på de mange utfordringer som et utenlandsopphold byr på. «Personlig vekst» oppfattes som et viktig tilleggsutbytte av de aller fleste studenter. De fleste verdsetter også høyt at de får utenlandske venner og kontakter. Språkkunnskaper anses også som betydningsfullt blant dem som studerer utenfor Norden. Kulturkunnskap tillegges omtrent samme betydning som et godt norsk studiemiljø. Perspektiv på norske forhold tillegges stor betydning - mange endrer oppfatning om ulike sider ved det norske samfunn. På noen områder går hold-

ningsendringene i norsk favør, mens de på andre områder synes ting å fungere bedre i utlandet. Det er få forhold ved å studere i utlandet som tillegges vesentlig negativ betydning, med unntak av mindre kontakt med familie og venner.



## 10 Karriereplaner

Dette kapittelet vil fokusere på medisinstudentenes karriereplaner etter endt studium. Vi skal se på hva slags type legestilling de kan tenke seg, og hvilke spesialiteter de finner mest interessante. Vi vil blant annet undersøke om karrierepreferansene skiller seg vesentlig fra preferansene til medisinstudenter i Norge og om det er det store forskjeller mellom studenter i ulike land. Det vil fokuseres på ulikheter i kvinnelige og mannlige studenters karriereplaner - et tema som har stått sentralt i forskningen om leger og medisinstudenter i Norge. Vi vil også stille spørsmål om det er sannsynlig at utenlandsstudentene kan demme opp for rekrutteringskrisen innenfor visse områder, som for eksempel psykiatri.

Det er rimelig å tenke seg at studentenes karrierepreferanser kan påvirkes av den medisinske kulturen de sosialiseres inn i. Hvilke typer stillinger og spesialiteter som oppfattes som attraktive kan dermed være annerledes blant dem som studerer i utlandet enn i Norge. Man kan også tenke seg at karriereplanene ville være mindre kjønnsstereotype i land som har tradisjoner for kvinnelige leger innenfor såkalt «harde» harde fag som kirurgi. I Øst-Europa har dette vært mer vanlig enn i Norge.

Spørsmål om framtidsplaner er nødvendigvis av hypotetisk karakter, og resultatene er derfor usikre og bør tolkes med forsiktighet. Vi vet ikke i hvilken grad studentene kommer til å holde fast ved sine planer, eller om de kommer til å endre preferanser underveis. Likevel kan resultatene gi indikasjoner på i hvilken retning utviklingen kommer til å gå, og de kan belyse forskjeller mellom grupper av studenter, for eksempel i hvilken grad utenlandsstudentenes karriereplaner skiller seg fra planene til dem som har studert i Norge.

### 10.1 Karriere(-preferanser) blant leger og medisinstudenter i Norge

Legeyrket er i ferd med å utvikle seg fra å være en sterkt mannsdominert til en mer kjønnsbalansert profesjon. Kvinner utgjør i dag 30 prosent av legene, og 21 prosent av alle med godkjent spesialistutdanning. (Den norske lægeforening 2000b). Legearbeidsmarkedet i Norge er imidlertid sterkt kjønnssegrert, både vertikalt og horisontalt (Gjerberg og Hofoss 1995, 1998). Det vil si at kvinner og menn arbeider på ulikt nivå og innenfor ulike fagfelt. Andelen som innehar ledende stillinger er nesten tre ganger så høy blant mannlige som blant kvinnelige leger (Kværner, Aasland og Botten 1999).

Legeyrket er et høystatusyrke, men det er betydelige forskjeller i prestisje mellom de ulike spesialiteter. Album (1991) har vist at det er stort samsvar mellom hvordan leger, medisinstudenter og annet helsepersonell rangerte 22 ulike spesialiteter. Kirurgiske spesialiteter toppet listen, mens geriatri, hudsykdommer og psykiatri lå på bunnen. På denne bakgrunnen er det interessant å se på kjønnsfordelingen innenfor ulike felt i medisinen. De mest prestisjefylte spesialitetene, nevro- thorax- og karkirurgi, har en kvinneandel på under tre prosent. Lite prestisjefylte spesialiteter som psykiatri og geriatri har i overkant av 30 prosent kvinner (Den Norske lægeforening 2000b). Høyest kvinneandel, 61 prosent, finner vi innefor barne- og ungdomspsykiatri. Det har dessuten vært en større andel menn enn kvinner som har spesialisert seg. I 1995 var 66 prosent av mannlige leger spesialistutdannet, mens tilsvarende andel for kvinner var 38 (Gjerberg og Hofoss 1998). Tall fra Legeregisteret våren 2000 viser at andelen har økt til 70 prosent blant menn og 40 prosent blant kvinner. Tall fra legeregisteret viser også at kjønnsforskjellene i spesialiseringsgrad er visket ut blant de yngre legene. Eksempelvis er det blant leger uteksaminert i 1980 ikke signifikante forskjeller mellom kvinnelige og mannlige leger i andelen som er spesialister, eller i andelen som har doktorgrad.

Medisinstudiet er ikke lenger noe utradisjonelt utdanningsvalg for kvinner. Kvinner har de senere år utgjort over halvparten av medisinstudentene. Kjønnsforskjeller i karrierepreferanser blant studentene har imidlertid fortsatt et relativt tradisjonelt preg. Forskning om stillings- og spesialiseringsplanene blant medisinstudenter bærer bud om fortsatt sterk kjønnssegregasjon i legearbeidsmarkedet. Dobbelt så mange menn som kvinner har ambisjoner om stilling som sykehuslege med lederansvar (Wiers-Jenssen og Aasland 1999, Wiers-Jenssen, Vaglum og Ekeberg 1997). Også når det gjelder spesialitetspreferanser finner vi et relativt tradisjonelt mønster. Kvinner er i flertall blant dem som ønsker å bli barneleger, mens langt flere menn enn kvinner kan tenke seg å bli kirurger. De samme studiene indikerer en diskrepans mellom studentenes preferanser og helsevesenets behov, og peker på at laboratoriefag, psykiatri og samfunnsmedisin risikerer fortsatte rekrutteringsproblemer i framtiden. Interessen for allmennmedisin og indremedisin ser ut til å være omtrent i samsvar med behovet, mens det er overskudd av potensielle kirurger.

## 10.2 Stillingsønsker

Hvilke typer legestillinger de som studerer i utlandet tenker å bekle i framtiden går fram av tabell 10.1. Seks av ti ønsker seg stillinger som sykehuslege og nesten en firedel vil bli privatpraktiserende spesialister. Under ti prosent vil bli allmennpraktikere, og det er svært få som sikter på en karriere som forsker eller kommunelege. Det er omtrent like mange

kvinner som menn som ønsker å bli sykehusleger, men det er signifikante forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder andelen som vil ha lederansvar.

**Tabell 10.1** *Stillingsplaner blant kvinnelige og mannlige studenter. Prosent*

Stilling	Alle	Kvinner	Menn
Sykehuslege med lederansvar*	37	30	45
Sykehuslege uten lederansvar*	22	28	15
Kommunelege/bydelslege med lederansvar	2	2	3
Kommunelege/bydelslege uten lederansvar	1	1	1
Privatpraktiserende spesialist	23	23	22
Allmennpraktiker	8	9	7
Bedriftslege	0	0	0
Forsker på heltid	2	2	2
Annet	5	6	4
<i>N</i>	<i>694</i>	<i>374</i>	<i>320</i>

\* Forskjellene mellom kvinner og menn er signifikante på 0,05 nivå eller lavere.

Resultatene skiller seg fra preferansene til medisinstudenter i Norge på flere områder. Som sammenligningsgrunnlag har vi valgt data om stillingsplaner fra dem som var halvveis i sin utdanning i 1997 (Wiers-Jenssen og Aasland 1999). Videre har vi tilsvarende informasjon fra avgangskullet i 1993 (Wiers-Jenssen, Vaglum og Ekeberg 1997). Fordelingen for de norske studentene varierer noe mellom ulike kull/tidspunkt men det framtrer noen klare hovedtendenser.

Hvis vi først ser på fordelingen av stillingsønsker, uavhengig av kjønn, finner vi at det blant dem som studerer i utlandet er høyere andeler som tenker seg å arbeide som sykehuslege med lederansvar og som privatpraktiserende spesialist. Til gjengjeld er det en lavere andel som kan tenke seg å arbeide som allmennpraktiker eller som kommunelege (Se vedleggstabell 10a), Går vi nærmere inn i materialet og ser på stillingspreferansene fordelt på land, finner vi visse variasjoner mellom landene (Se vedleggstabell 10b) Tendensene beskrevet ovenfor gjør seg imidlertid gjeldene for de fleste land.

Ser vi på forskjeller mellom kvinnelige og mannlige studenters stillingsønsker, finner vi en interessant forskjell. Som nevnt er det dobbelt så mange menn som kvinner som ønsker å bli sykehuslege med lederansvar blant studentene i Norge. Blant utenlandsstudentene er det «bare» 50 pro-

sent flere menn enn kvinner som ønsker seg en slik stilling. Forskjellen mellom kvinners og menns ambisjoner synes altså mindre blant dem som studerer utenlands.

Man kunne også tenke seg at stillingspreferansene ville variere med studienivå. For å kontrollere for dette gjorde vi logistisk regresjonsanalyser på de fire stillingstypene det var mest oppslutning om (sykehuslege med lederansvar, sykehuslege uten lederansvar, privatpraktiserende spesialist og allmennpraktiker). Uavhengige variabler var antall år på nåværende utdanning, studieland og kjønn. Vi fant ingen signifikante effekter av hvor langt i studiet man var kommet, med ett lite unntak.<sup>29</sup> Kjønn har imidlertid signifikant effekt, etter samme mønster som vi så i tabell 10.1. Det er mindre sannsynlig å ønske å bli sykehuslege *med* lederansvar, og mer sannsynlig å ønske å bli sykehuslege *uten* lederansvar hvis man er kvinne.

### 10.3 Spesialiseringsønsker

Studentene ble spurt om hvilke spesialiteter de kunne tenke seg å begynne med, og hvilke spesialiteter de *minst* kunne tenke seg å begynne med. De ble bedt om å indikere henholdsvis de tre mest interessante, og de tre minst interessante spesialitetene fra en liste på 53 spesialiteter. I våre analyser er disse spesialitetene gruppert i 8 kategorier (Se vedleggstabell 10e). Tabell 10.2 viser i hvilke (grupperte) spesialiteter studentene oppfatter som den *mest interessante*.

**Tabell 10.2** Spesialiseringsplaner for kvinnelige og mannlige studenter. Prosent.

Spesialitet	Alle	Kvinner	Menn
Allmennmedisin	12	11	13
Laboratoriemedisin	4	4	3
Indremedisinske fag	27	29	25
Kirurgiske fag*	37	28	49
Psykiatri*	3	5	0
Samfunnsmedisin	1	1	1
Barnesykdommer*	11	14	8
Fødselshjelp og kvinnesykdommer*	5	9	2
<i>N</i>	<b>556</b>	<b>304</b>	<b>252</b>

\* Forskjellene mellom kvinner og menn er signifikante på 0,05 nivå eller lavere.

<sup>29</sup> Blant dem som vil bli allmennpraktikere var det en signifikant negativ effekt av å være i studiets sjetten år.

Om lag to tredeler av studentene fordeler seg på kirurgiske og indremedisinske fag. På bakgrunn av fordelingen på stillingsønsker, som vi så i forrige avsnitt, er det ikke overraskende å finne at en relativ lav andel ønsker å spesialisere seg innen allmennmedisin. Vi ser også at det er få som kan tenke seg psykiatri, samfunnsmedisin og laboratoriemedisin. Blant de mannlige studentene er det faktisk *ingen* som har markert psykiatri som den mest interessante spesialiteten. Menn er sterkt overrepresentert blant dem som ønsker å spesialisere seg innen kirurgiske fag, mens kvinner er klart overrepresentert på områdene psykiatri, barnesykdommer og fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Sammenlignet med medisinstudentene i Norge, finner vi en klart lavere andel som vil spesialisere seg i allmennmedisin og en høyere andel som vil spesialisere seg innen kirurgiske fag (Se vedleggstabell 10f). Det er variasjoner mellom studielandene, men denne tendensen holder de fleste steder (Se vedleggstabell 10g). Interessen for psykiatri og samfunnsmedisin synes også noe lavere enn i Norge. Det er med andre ord slik at de som studerer i utlandet i større grad sikter mot spesialiteter som har høy prestisje.

Når det gjelder forskjeller mellom kvinners og menns preferanser, finner vi omtrent samme mønster blant dem som studerer i utlandet som blant dem som studerer i Norge. Det er flere kvinner som tenker å bli kirurger blant dem som studerer ute, men det er også langt flere menn som ønsker dette. Både blant dem som studerer i utlandet og hjemme er det dobbelt så mange menn som kvinner som ønsker å bli kirurger.

## 10.4 Planer om spesialisering og doktorgrad

Studentene ble også spurt om hvor sannsynlig det var at de kom til å ta spesialistutdanning og doktorgrad. Resultatene, fordelt på kjønn, framgår av tabell 10.3 og tabell 10.4.

**Tabell 10.3** Studentenes vurdering av sannsynligheten for at de kommer til å ta spesialistutdanning. Prosent.

	Alle	Kvinner	Menn
Helt sikkert*	46	39	54
Ganske sannsynlig*	51	58	42
Lite sannsynlig	3	2	4
Helt usannsynlig	0	0	0
<i>N</i>	739	398	341

\* Forskjellene mellom kvinner og menn er signifikante på 0,05 nivå eller lavere.

**Tabell 10.4** Studentenes vurdering av sannsynligheten for at de kommer til å ta doktorgrad. Prosent.

	Alle	Kvinner	Menn
Helt sikkert	7	5	9
Ganske sannsynlig	38	35	41
Lite sannsynlig*	52	56	47
Helt usannsynlig	4	5	2
<i>N</i>	<b>733</b>	<b>394</b>	<b>339</b>

\* Forskjellene mellom kvinner og menn er signifikante på 0,05 nivå eller lavere.

Vi ser at så godt som alle regner det som helt sikkert eller ganske sannsynlig at de vil ta en spesialistutdanning, men at det er en større andel menn enn kvinner som regner det som helt sikkert. Høyest andel som er helt sikre finner vi i Sverige (59 prosent). Når det gjelder doktorgrad, finner vi at det er få som er helt sikre, men 38 prosent anser det som ganske sannsynlig at de vil ta en doktorgrad. Forskjellene mellom kvinner og menn er mindre når det gjelder doktorgrad enn spesialisering. Høyest andel som regner det som helt sikkert eller ganske sannsynlig at de vil ta doktorgrad finner vi i Ungarn (60 prosent).

De samme spørsmålene er stilt til et kull medisinstudenter i Norge (kullet som startet i 1993 ble spurt i begrunnelsen av 1997 – da de var drøyt halvveis i studiet). I denne gruppen var det også svært få som oppga at det var helt usannsynlig eller lite sannsynlig at de ville spesialisere seg. Det var imidlertid bare 30 prosent som svarte at det var helt sikkert at de ville ta spesialistutdanning (24 prosent av kvinnene og 29 prosent av mennene). Dette er langt færre enn blant utenlandsstudentene. Det er også en lavere andel som anser det som sannsynlig at de vil ta doktorgrad blant dem som har studert i Norge. Tre prosent anser det som helt sikkert og 31 prosent som ganske sikkert. Resultatene er ikke direkte sammenlignbare med utenlandsstudentene, i og med at de ikke er samlet inn på samme tidspunkt og det ikke er tatt hensyn til studienivå. Resultatene kan likevel indikere at det synes som om utenlandsstudentene er mer ambisiøse enn dem som har studert i Norge.

## 10.5 Hvor mye ønsker studentene å arbeide?

Leger i Norge arbeider mye i forhold til de fleste andre yrkesgrupper, og bruk av overtid er omfattende. Gjennomsnittlig arbeider leger er nærmere 53 timer i uka (Hofoss og Gjerberg 1994). Mannlige leger arbeider signifikant flere timer per uke enn kvinnelige leger (55 mot 47 timer).

Hvor mye tid er så utenlandsstudentene forberedt på å bruke på arbeid i framtiden? Tabell 10.5 viser hvor mange timer per uke studentene ønsker å bruke på arbeid.

**Tabell 10.5** Ønske om framtidig arbeidstid per uke blant kvinnelige og mannlige studenter. Prosent.

Antall timer per uke	Alle	Kvinner	Menn
0-29	4	4	4
30-39*	29	35	21
40-49*	45	46	44
50+	22	15	31
Sum	100	100	100
N	736	396	340

\* Forskjellene mellom kvinner og menn er signifikante på 0,05 nivå eller lavere.

Vi ser at svært få ønsker å jobbe under 30 timer i uka, og at flertallet er forberedt på å arbeide mer enn «normalarbeidsuke». Ikke uventet finner vi kjønnsforskjeller i arbeidstidspreferanser. Det er dobbelt så mange menn som kvinner som ønsker seg arbeidstid på 50 eller flere timer per uke. Vi finner også variasjoner i ønsket arbeidstid etter hvor man studerer. Høyest andel som vil arbeide mer enn 50 timer per uke finner vi blant dem som studerer i Ungarn (30 prosent) og Polen (25 prosent). Som vi så i kapittel sju er det også i disse landene studentene investerer mest tid på studiene per uke, og det kan se ut som om det er en gruppe med spesielt høy arbeidsmotivasjon og –kapasitet.

Hvordan er så utenlandsstudentenes innsatsvilje i forhold til dem som studerer i Norge? Spørsmål om framtidig arbeidstid er også stilt til norske medisinstudenter som var halvveis i studiet i 1997. Blant disse var det langt færre som ønsket seg lange arbeidsuker. Kun to prosent av kvinnene og 11 prosent av mennene ønsket å arbeide mer enn 50 timer per uke. 52 prosent av kvinnene og 34 prosent av mennene ønsket seg en arbeidstid på 30-39 timer. Utenlandsstudentene ønsker altså å bruke mer tid på arbeid enn dem som studerer i Norge. Men det kan likevel bli et gap mellom utenlandsstudentenes ønsker og det som forventes i arbeidslivet. Som nevnt innledningsvis er det vanlig at leger i Norge arbeider mer enn 50 timer per uke. Men dersom tilgangen på leger øker, kan overtidsbruken reduseres, og den samlede arbeidstiden kan bli mer i samsvar med ønskene til den nye generasjonen leger.

## 10.6 Studentenes preferanser og arbeidsmarkedets behov

Det er relativt få av de norske medisinstudentene i utlandet som har planer om å bli værende utenlands over tid. Tidligere erfaring viser også at

de fleste vender tilbake til Norge. Det er med andre ord ikke noen overhengende fare for «brain drain» ved at mange studerer medisin i utlandet.

Utenlandsmedisinerne ser ut til å ha noe andre preferanser enn dem som studerer hjemme når det gjelder karriereplaner. Flere er sikre på at de vil spesialisere seg, de sikter i større grad mot stillinger og spesialiteter med høy prestisje, de ønsker å arbeide flere timer per uke. På mange måter framstår de som studerer i utlandet som mer ambisiøse og karriereorienterte. Det norske helsevesenet har utvilsomt bruk for leger med innsvilje og pågangsmot. Man kan imidlertid stille spørsmål om hvorvidt utenlandsstudentenes spesialiseringspreferanser er i samsvar med arbeidsmarkedets behov. Ser vi på utenlandsstudentenes preferanser, aner vi fortsatte rekrutteringsproblemer innen psykiatri og samfunnsmedisin. Interessen for disse fagene er svært lav. Særlig foruroligende er kanskje den manglende interessen for psykiatri. Kun tre prosent av utenlandsstudentene har psykiatriske fag som førsteønske. Spesialister i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri utgjør til sammen nesten ti prosent av alle dagens norske spesialister (Den norske legeforening 2000b), men det er likevel mange ubesatte stillinger i psykiatrien. Til sammen 238 stillinger i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri sto ubesatt i 1998 (Den norske legeforening 2000c). Særlig alvorlig er situasjonen innen barne- og ungdomspsykiatri, der hver fjerde stilling står ubesatt (Den norske legeforening 2000 d). Økt tilstrømning av norske medisinske kandidater utdannet i utlandet gir med andre ord neppe grunnlag for å kunne bøte på rekrutteringskrisen i psykiatrien.

Interessen for allmennmedisin er også markant lavere enn behovet tilsier. Kun 12 prosent synes allmennmedisin er den mest interessante spesialiteten, mens allmennmedisinerne utgjør 24 prosent av alle spesialister i Norge (Den norske legeforening 2000b). Når det gjelder kirurgi, er imidlertid interessen langt større enn behovet.

Beslutningen om hvilken spesialitet de skal velge, ligger for de fleste studentene langt fram i tid. De kan endre interesser underveis i studiet og i perioden under og etter turnustjenesten. Det er også rimelig å anta at det kan skje en viss «markedstilpasning» av spesialitetspreferansene, slik at de blir mer i samsvar med samfunnets. Vi må også huske på at det ikke er alle som kommer til å arbeide i Norge, og ikke alle som kommer til å spesialisere seg. Dette gir imidlertid ikke mindre grunn til bekymring for sviktende rekruttering til enkelte fagområder.



# 11 Oppsummering og avsluttende diskusjon

I kapittel én formulerte vi rapportens hovedspørsmål. I dette avslutningskapittelet skal vi kort oppsummere hovedfunnene, og deretter komme med noen avsluttende betraktninger rundt og mulige fordeler og ulemper ved utenlandsstudier, sett i forhold til både myndighets- og individperspektiver. Vi vil også skissere noen temaområder der det er behov for videre forskning.

## 11.1 Hovedfunn

### *Motiver og begrunnelser for å studerer i utlandet*

Hovedårsakene til å studere medisin i utlandet er for de fleste en kombinasjon av at de hadde et sterkt ønske om å bli lege og at de ikke kom inn på studiet i Norge. To tredeler av dem som studerer medisin i utlandet oppgir at de i utgangspunktet ville foretrukket å studere i Norge, og like mange har søkt studiet i Norge, uten å komme inn. Drøyt halvparten av studentene har tatt opp fag fra videregående skole for å forbedre sine karakterer, men ettersom det fordres et svært høyt karaktersnitt for å bli tatt opp på studiet i Norge, framstår det å søke seg til utlandet som en rasjonell strategi dersom man vil optimalisere sjansen til realisere sine yrkesambisjoner.

Utenlandsmedisinernes karakternivå kan ikke karakteriseres som *dårlig* (halvparten har et karaktersnitt på over 5) men det er i de fleste tilfelle *utilstrekkelig* til å bli tatt opp på studiet i Norge. «Tvangs»-motiver eller «push»-faktorer ligger med andre ord som oftest i bunnen for å reise ut. Men det er viktig å understreke at mange i tillegg var tiltrukket av de *mulighetene* et utenlandsopphold gir, med hensyn til språk- og kulturkunnskap, utløp for eventyrlyst etc. Medisinstudiet strekker seg over mange år, og det er rimelig å anta at de som overhodet ikke er tiltrukket av lystbontede faktorer velger å forbli i Norge og eventuelt studere noe annet. Inntrykket er imidlertid at sideeffekter og tilleggsutbytte ved utenlandsstudier er noe studentene lærer å sette mer pris på underveis i studiet.

Med hensyn til valg av studieland, virker språkkunnskaper og økonomiske rammebetingelser styrende for hvilke land studentene søker seg til. Skandinaviske land er populære p.g.a. språklig, geografisk og kulturell nærhet. Tyskland har lange tradisjoner som vertsland for norske medisinstudenter og velges både ut fra anbefalinger fra familie og kjente som har gått der og ut fra språklige hensyn. Det faktum at det ikke er studieavgif-

ter i Skandinavia eller i Tyskland har naturligvis også betydning. Mange studenter ville foretrukket å studere i engelskspråklige land, men så seg nødt til å velge dette bort av økonomiske årsaker. I disse landene er studieavgiftene gjerne tre-fire ganger høyere enn Lånkassens støttebeløp, og de færreste ser seg råd til å betale et mellomlegg på 100 000-150 000 kroner per år. «Løsningen» blir for mange å søke seg til Polen og Ungarn. Der foregår undervisningen på engelsk, og mesteparten av studieavgiftene blir dekket av Lånkassen. Det er imidlertid svært få studenter som har østeuropeiske land som førsteprioritet, og det er få som studerer i disse landene ut fra interesse for østeuropeisk kultur eller språk. Å studere medisin i Øst-Europa med andre ord hovedsakelig et valg som gjøres ut fra pragmatiske hensyn.

Valg av universitet er for noen foretatt på basis av lærestedets renommé, men tilfeldigheter har vel så stor betydning for hvor studentene havner. På dette området skiller medisinstudentene seg fra andre utenlandsstudenter. De synes ikke å ha sterke oppfatninger om eventuelle kvalitetsforskjeller mellom ulike universiteter på forhånd, og det synes å herske en antakelse om at læresteder som er godkjent av Lånkassen har tilstrekkelig kvalitet. En god del søker dessuten flere læresteder, og griper den sjansen som byr seg. Noen foretar bevisste valg, og plukker lærested på grunnlag av anbefalinger fra familie eller venner som har gått der. Hovedinntrykket er likevel at studentene er mer opptatt av *at* de får medisintutdanning enn *hvor* de får den.

### **Sosial bakgrunn**

De som studerer medisin i utlandet har foreldre med noe høyere utdannings- og inntektsnivå enn utenlandsstudenter på de fleste andre fag. Men også medisinstudenter i Norge har høy sosial bakgrunn, og sett under ett skiller ikke utenlandsmedisinerne seg vesentlig fra medisinstudentene i Norge når det gjelder foreldrenes utdanningsnivå. Det er imidlertid forskjeller mellom medisinstudenter i ulike studieland. De som studerer i Norden og engelskspråklige land har høyere sosial bakgrunn enn dem som studerer i Norge, mens de som studerer i Øst-Europa har lavere.

### **Tilpasning og integrasjon**

Hvor lang tid studentene bruker på å tilpasse seg språk, kultur, «system»/byråkrati, studiestruktur osv. varierer sterkt med hvilket land de studerer i. De som befinner seg i Norden og i engelskspråklige land tilpasser seg relativt raskt på de fleste områder, de som studerer i Tyskland trenger noe mer tid, mens det blant dem som studerer i Øst-Europa og i «andre» land er mange som bruker svært lang tid på å tilpasse seg. Å skaffe seg nye venner går relativt raskt for de fleste, men det er store variasjoner i graden av omgang med vertslandets studenter. Mange av dem som stude-

rer i Ungarn og Polen har lite kontakt med lokalbefolkningen, noe som har konsekvenser for graden av integrasjon i samfunnet.

### *Mestring av studiene*

Studentene ser ut til å mestre det faglige nivået i utlandet godt. Men det er ikke nødvendigvis dem som har best karakterer fra videregående skole i Norge som anser sine prestasjoner som best. Blant dem som studerer i Ungarn og Polen er det en betydelig andel som tror de er blant de beste studentene, selv om nordmenn som studerer i disse landene har et svakere karaktergrunnlag enn nordmenn som studerer medisin i andre land. Gode resultater kommer imidlertid ikke gratis, studentene nedlegger en betydelig arbeidsinnsats. De bruker langt mer tid på studiene per uke enn medisinstudenter i Norge, og innsatsen er også høyere enn blant utenlandsstudenter på andre fag.

### *Trivsel og tilfredshet med lærestedet*

Studentenes vurdering av lærestedenes kvalitet er overveiende svært positiv. De er like fornøyde som medisinstudenter i Norge. Når vi tar i betraktning at medisinstudenter er den studentgruppen som er mest fornøyde med lærested og studieforhold i Norge, er dette svært bra. Grad av tilfredshet varierer imidlertid med studieland. Mest fornøyd er de som studerer i Sverige, men de som studerer i engelskspråklige land og i Sverige er også svært fornøyd. I Tyskland, Øst-Europa og «andre» land finner vi en større andel som er mindre tilfredse med enkelte aspekter ved læringsmiljøet. Misnøyen er ikke knyttet til *faglig* kvalitet, men til faktorer som pedagogisk kvalitet, omfang av veiledning etc. Det er rimelig å tolke noe av dette som utslag av problemer med å tilpasse seg en sentraleuropeisk utdanningsmodell. Denne modellen kan oppfattes som noe gammeldags, autoritær og lite serviceorientert.

### *Økonomi*

De økonomiske vilkårene for nordmenn som studerer medisin i utlandet er relativt gode, forutsatt at de studerer i land der Lånekassen dekker mesteparten av skolepengene gjennom gebyrstipend. Lånekassen er hovedfinansieringskilde for livsopphold og studieavgifter, men mange får også økonomisk støtte fra familie, og skaffer seg arbeidsinntekter gjennom å arbeide i Norge i sommerferiene. De som studerer i land med høye studieavgifter, er avhengige av økonomisk støtte fra familie og høyere arbeidsinntekter for å klare seg.

### *Utbytte utover det rent faglige – fordeler og ulemper ved utenlandsstudier*

De fleste ser svært positivt på det «utenomakademiske» utbyttet de får ved å studere i utlandet. Personlig vekst, nytt nettverk, språk- og kulturkunnskaper blir tillagt stor betydning. Mange savner familie og venner i Norge, men studentene synes likevel å legge større vekt på fordelene ved å studere i utlandet enn ulempene. Dette er verd å merke seg, tatt i betraktning at flertallet i utgangspunktet ville foretrukket å studere i Norge. Utenlandsoppholdet fører til at mange får et nytt perspektiv på ulike forhold i Norge. Noen holdningsendringer er i favør av Norge, mens andre går i retning av at Norge blir oppfattet mindre positivt enn tidligere.

### *Framtidsplaner og karriere*

Sammenlignet med andre norske utenlandsstudenter, er det relativt få medisinstudenter som forespeiler seg en internasjonal karriere. Det er med andre ord neppe noen fare for «brain drain» i kjølvannet av at mange velger å studere medisin i utlandet. Når det gjelder karriereplaner, går tendensen i retning av at utenlandsstudentene sikter mot mer prestisjefylte stillinger og spesialiteter enn dem som studerer medisin i Norge. Ut fra dette ser det ikke ut som om økt tilgang på leger utdannet i utlandet vil bøte på rekrutteringskrisen i fag som psykiatri.

## **11.2 Dimensjoneringspolitikk og økonomi**

Det kan utvilsomt reises kritikk mot dimensjoneringen av antall plasser på medisinstudiet og mot de ulike aktører som har forsøkt å påvirke denne politikken. Både profesjonskamp og frykt for at et høyt antall leger kan medføre en større helsesektor, og dermed økte utgifter for staten, kan ha påvirket dimensjoneringspolitikken. Vi skal ikke her spekulere over alle tenkelige underliggende motiver som kan ha bidratt til ønsker om å holde kapasiteten nede, men vi kan konstatere at det høye antall nordmenn som studerer medisin i utlandet kan tolkes som et tegn på at dimensjoneringspolitikken har spilt fallitt. Til tross for at studiekapasiteten er betydelig utvidet de senere år, er den på langt nær i samsvar med etterspørselen eller samfunnets behov.

Men det vil uansett være en diskrepans mellom samfunnets behov og de utdanningsøkendes preferanser. Sett fra samfunnet side er det verken ønskelig eller praktisk mulig å gi alle som vil studere medisin anledning til dette. Medisinstudiet leder fram til et prestisjefyllt yrke som svært mange norske ungdommer ønsker seg (Edwardsen 1991). Arbeidsmarkedet har ikke behov for alle disse, og en eller annen form for adgangsregulering er nødvendig både av hensyn til ressursbruk, kvalitetssikring og for å unngå overproduksjon. Den strenge opptaksbegrensning vi har hatt i

Norge kan imidlertid synes uhensiktsmessig, underskuddet på leger tatt i betraktning.

Men det kan også stilles spørsmål ved hvorvidt det er rasjonelt å utvide kapasiteten i Norge ytterligere. Studiemodellen som følges i Norge er personalintensiv, og det er på kort sikt vanskelig å rekruttere nok leger til undervisning i et arbeidsmarked med underdekning. Å utvide kapasiteten er ressurskrevende både når det gjelder undervisningspersonale og infrastruktur, og studieplasser i medisin er svært dyre. Videre er framtidig behov for leger vanskelig å estimere. Sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er det klart gunstig for Norge at studenter tar medisinstudiet i utlandet. I en tid der utdanning i økende grad påvirkes av internasjonalisering, globalisering og standardisering, kan man ut fra en markedstankegang også tenke seg at en viss internasjonal arbeidsdeling i utdanningssektoren kan være gunstig. Eksempelvis koster det mindre å «produsere» en lege i Øst-Europa enn i Norge, og forutsatt at kvaliteten er tilstrekkelig god, kan det argumenteres for at utdanningen gjennomføres der det er billigst. Dette kan være gunstig sett fra både produsent- og konsumentlandets side. I de land der Norge faktisk betaler for plassene, enten via Lånekassens gebyrstipend eller gjennom å kjøpe opp plasser på bestemte universiteter, kan dette oppfattes som en form for internasjonal arbeidsdeling til gjensidig nytte. I land der nordmenn *ikke* betaler studieavgifter, som Tyskland, Sverige og Danmark, oppstår imidlertid en asymmetri som kan synes urimelig. Norge eksporterer langt flere studenter enn vi importerer, og det ytes ikke (tilstrekkelig) økonomisk kompensasjon for de norske studentene. Norge har måttet tåle sterk kritikk for å spekulere i å holde egen kapasitet nede, samtidig som man eksporterer studenter til utlandet. Særlig har denne kritikken kommet fra Danmark. Gjennom en nordisk utvekslingsavtale fikk nordmenn adgang til utdanning i nordiske land på linje med landenes egne søkere midt på 1990-tallet, noe som resulterte i at andelen nordmenn som ble tatt opp på medisinstudiet i Danmark økte kraftig. Dette var lite populært blant politikere og media i Danmark, og Norge ble nødt til å akseptere en kvoteordning for medisin-, odontologi og veterinærstudenter for at denne avtalen skulle opprettholdes (Sivertsen og Smeby 2000). Norge er nettoeksportør av studenter til Danmark og den sum myndighetene betaler for studentene er langt lavere enn de faktiske kostnadene, særlig innenfor medisinske fag.

På slutten av 1990-tallet begynte norske myndigheter å kjøpe opp studieplasser ved utenlandske universiteter. Gjennom en slik ordning kan man unngå kritikk for å utnytte andre lands utdanningssystemer, samtidig som myndighetene øker innflytelsen på *hvor* studentene studerer. De kan plukke ut læresteder de mener er av særlig høy kvalitet, eller benytte anledningen til å spre studentene på flere universiteter og land. Slik det er nå klumper mange studenter seg sammen på de samme lærestedene, og

store norske miljøer kan ha negative konsekvenser for «utenomakademisk» utbytte som språk- og kulturkunnskap.

Ulike prognoser (St meld 36 1998-99, Nordiska läkarförbundet 1999, Næss 2000) tyder på at behovet for leger langt på vei kan være dekket i løpet av overskuelig framtid, og hvis den sterke økningen i antall medisinstudenter i utlandet vi har sett de senere år fortsetter, kan dette føre til at behovet dekkes raskere enn antatt. Selv om slike prognoser er heftet med stor usikkerhet, kan det på sikt bli nødvendig å ta opp til vurdering om antallet studenter som får støtte fra Lånecassen til medisinstudier i utlandet bør forbli ubegrenset.

### 11.3 Kompetanse, studiekvalitet og mangfold

Studenteksport er selvsagt ikke bare et spørsmål om dimensjonering og samfunnsøkonomi. Kompetanse, kvalitet og mangfold er andre viktige stikkord. Kvalitet er selvsagt sentralt, og noen vil stille spørsmål om hvorvidt det reelt er fordelaktig å ha sin utdanning fra utlandet når man skal arbeide i norsk helsevesen (noe de aller fleste studentene kommer til å gjøre). Studentene selv er tilfredse med den faglige kvaliteten på utdanningen og et klart flertall opplever det faglig sett som en fordel å studere i utlandet. Man kan selvsagt stille spørsmål om i hvilken grad studentene har et objektivt syn på dette, men vi har ingen indikasjoner på at medisinstudentene som studerer i utlandet holder dårligere faglig kvalitet enn dem som studerer her hjemme. Det stilles strenge krav for at en utdanning skal være godkjent som støtteberettiget i Lånecassen, og institusjoner er under kontinuerlig vurdering. Vi vet også at utenlandsstudentene bruker mer tid på studierelaterte aktiviteter enn dem som studerer i Norge. Selv om dette kan ha sammenheng med forhold som språkbarrierer, er det likevel en indikasjon på at de neppe tilegner seg *mindre* kunnskap enn dem som studerer i Norge. Man kan derfor anta at det teoretiske grunnlaget er like godt hos dem som studerer i utlandet som blant dem som studerer i Norge. Det kan imidlertid stilles spørsmål om hvorvidt de tradisjonelle studiemodellene som følges i en del land, og som kan betraktes som «gammeldagse» og autoritære, gir det beste utgangspunkt i sosialmedisinske fag og kommunikative ferdigheter. Slike fagområder er ikke alltid spesielt høyt prioritert i de tradisjonelle modellene. Når det gjelder lege-pasientkommunikasjon, kan det også tenkes at de som studerer i Øst-Europa får et tynnere grunnlag ettersom de ofte har dårlige kunnskaper i vertslandets språk. Det er utvilsomt behov for økt kunnskap om hvilke konkrete teoretiske og praktiske ferdigheter studentene tilegner seg i ulike land, med ulike studiemodeller, og dette er et område som bør bli gjenstand for videre forskning.

Det finnes også de som frykter at utenlandsstudentene kan bringe med seg negative trekk ved andre lands helsevesenkultur tilbake til Norge. Autoritær holdning overfor pasienter og manglende respekt for pasientrettigheter, kan være eksempler på dette. Korrupsjonskultur er også noe som eksisterer i enkelte land. Hvordan utenlandsutdannede leger tilpasser seg og fungerer i norsk helsevesen finnes det imidlertid lite systematisert kunnskap om, og dette er et felt som bør være gjenstand for videre forskning.

Men et høyt antall utenlandsutdannede leger representerer utvilsomt et større mangfold av erfaringer blant norske medisinerere. Utdanning i utlandet gir inngående kjennskap i et annet lands helsevesen, noe som kan gi innsikt i diagnostiseringsmåter, behandlingsmetoder og organiseringsformer som er annerledes enn de vi finner i Norge. Ulike perspektiver kan utvilsomt være en berikelse for det norske helsevesen. Utenlandsopphold kan også legge grunnlag for internasjonale faglige nettverk som kan komme medisinsk forskning til gode. Eventuell språkkompetanse kan også komme til nytte.

At norske myndigheter gir støtte til utdanning i utlandet, gir teoretisk sett en mer «demokratisk» adgang til muligheten for å bli lege. Også ungdom uten skyhøyt karaktersnitt får anledning til å studere medisin, og det er ikke gitt at de som har et ekstremt høyt karaktersnitt fra videregående skole blir de beste legene. Kanskje er de som studerer ute vel så motiverte for legerollen som de som studerer i Norge - terskelen for å bo fem-seks år i utlandet kan tross alt være ganske høy. Vi har også sett at de som studerer medisin i Øst-Europa har en noe lavere sosial bakgrunn enn dem som studerer i Norge, og det kan styrke mangfoldet om legestanden får større innslag av ungdom uten akademikerbakgrunn.

Det er tegn som kan tyde på at de som velger å studere i utlandet kan skille seg fra dem som studerer i Norge på flere områder, noe som også kan bidra til større mangfold i legestanden. Vi har sett at de har andre karriereplaner og at de nedlegger mer arbeid i studiene. I hvilken grad de har en annerledes personlighetsprofil er imidlertid noe som gjenstår å analysere.

Når det gjelder dem som studerer i Øst-Europa, vet vi at mange av disse har dårlige kunnskaper i vertslandets språk og at de har liten omgang med vertslandets studenter. Dette har konsekvenser for muligheten til å kommunisere med pasienter og med vertslandets innbyggere generelt, noe som kan synes uheldig både i forhold til opplæring i legepasientkommunikasjon og for muligheten for å få kjennskap til menneskene og kulturen i studielandet. Vi vet også at studentene i Øst-Europa bruker mye tid på studiene, og har vanskelig for å prioritere språkopplæring i den prekliniske fasen av studiet. På bakgrunn av dette kan det synes paradoksalt at studentene i Øst-Europa ikke er berettiget til

språkstipend. Undervisningsspråket er engelsk, men de har utvilsomt bruk for vertslandets språk i lege-pasientkommunikasjon, som er en sentral del av utdanningen. Med en viss språkopplæring *i forkant* av studiene må man anta at språkferdighetene ville forbedres og at studentene ville ha bedre utbytte av kliniske fasen av studiet. Videre kunne man tenke seg at bedre språkkunnskaper ville bidra til at studentene ble mer integrert i samfunnet, og således ville få et større «utenomakademisk» utbytte av utenlandsoppholdet.

## 11.4 Studentenes perspektiv

De fleste av studentene ville i utgangspunktet foretrukket å studere i Norge, men mange endrer oppfatning underveis. Mye tyder på at utenlandsstudiene viser seg å bli en mer positiv erfaring enn forventet, og de fleste ser mange fordeler ved å studere ute. Sett fra et studenteperspektiv synes det derfor i hovedsak å være gunstig å studere medisin i utlandet; ikke bare får de anledning til å ta den utdanning de sterkt ønsker seg, men de får også en rekke tilleggskunnskaper og –erfaringer på kjøpet. Faglig sett er de like tilfredse som de som studerer i Norge, og de fleste oppfatter det faktisk som en fordel å studere i utlandet. De opplever også at de får et viktig tilleggsutbytte i form av internasjonale kontakter, perspektiver på norske forhold, språk- og kulturkunnskaper. Kort sagt er utenlandsoppholdet noe de vokser på. Det må imidlertid understrekes at det kan være en rekke utfordringer knyttet til et utenlandsstudium, og at man bør være godt motivert og villig til å investere mye tid for å mestre det. Studentene vi har undersøkt er derfor trolig en selektert gruppe med hensyn til pågangsmot og motivasjon.

## 11.5 Avslutning

Denne rapporten har gitt et oversiktsbilde over en del aspekter ved å studere medisin i utlandet. Vi har kartlagt studentenes bakgrunn, hvorfor de velger å studere i utlandet, hvordan de føler at de mestrer studiene og enkelte andre sider ved tilpasning til tilværelsen som utenlandsstudent. Vi har også fått vite noe om hvordan studentene trives og hvilke planer de har for framtidig karriere. På flere av disse områdene har vi også kunnet sette resultatene inn i en kontekst, ved å kontrastere dem med data om norske utenlandsstudenter på andre fagområder og med medisinister i Norge.

Resultatene genererer imidlertid også nye spørsmål som kan være interessante å forske videre på. Flere av disse er alt pekt på, men vi vil til slutt også kort oppsummere noen aktuelle tema. For det første kan det innsamlede datamaterialet utvilsomt utnyttes ytterligere, for eksempel



gjennom å utdype enkelte problemstillinger og bruke mer avanserte analyseteknikker. Datasettet inneholder dessuten langt flere variabler enn vi har hatt mulighet for å analysere innenfor denne rapportens mandat og tidsramme, for eksempel begrunnelser for karrierevalg og spørsmål om personlighetsprofil (se vedlegg 2).

For det andre ville det være interessant å se nærmere på konsekvensene av et økende antall personer med medisinerutdanning i utlandet for norsk helsevesen. Ulike studiemodeller og kulturer gir sannsynligvis noe ulike ferdigheter, og ulik sosialisering til legerollen. Det vil være nyttig å få vite mer om i hvilken grad utdanning fra ulike land og universiteter påvirker kunnskapsnivå, mestring av omstillingen til norsk helsevesen og om deres bakgrunn har noen implikasjoner for praktiske yrkesutøvelse og karriere. Sammenligninger med leger som har sin utdanning fra Norge bør stå sentralt.

# Litteratur

- Aftenposten (2000): Legepresidenten: Kan spare 1600 årsverk. 23. juli 2000. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/d152161.htm>
- Album, D. (1991): Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 111: 2127-33.
- Amundsen A., Bovim G., Fauske S. og J. Mørland (1990): Identifisering av pasienter med risiko for alkoholskader. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 110: 1523-7.
- Aubert, V., Torgersen U., Tangen, K. og T. Lindbekk (1960): Akademikere i norsk samfunnsstruktur 1800-1950. *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 4 185-204.
- Babor T., Fuente R de la, Saunders J and M. Grant (1989): AUDIT - The Alcoholism use Disorder Identification Test: guidelines for use in primary health care. WHO/MNH/DAT/89.4, Geneve.
- Barnett, G.A. and R.Y. Wu (1995): The international Student Exchange Network: 1970 & 1989. *Higher Education* 30: 353-368.
- Berg, L. (1992): Hva påvirker eksamensresultatet til Examen philosophicum. I L. Berg (red.) *Begynnerstudenten*. Oslo: NAVFs utredningsinstitutt, rapport 8/92.
- Berg L. og B. Stensaker (1997): *Studenter i utlandet. Innblikk i eksisterende teori og empiri*. Oslo: NIFU, Skriftserie nr. 20/97.
- Bertelsen, T. (1996): Medical Students Abroad. I Larsen, Ø. (ed) *The shaping of a profession*. Science History publications, USA.
- Bertelsen, T. (1998): *De skapte legemangelen*. Oslo: Alma Mater.
- Bie K.N. (1974): *Students Abroad* Oslo: University of Oslo, Institute for Educational Research.
- Blossfeld, H.P. og Y. Shavit (1993): Persisting Barriers: Changes in Educational Opportunities in Thirteen countries. I Shavit Y. and H.P. Blossfeld (red) *Persistent Inequality. Changing educational attainment in Thirteen Countries*. Boulder, Colo.: Westview Press, 1993.

- Bochner, S., B. McLeod og A. Lin (1977): Friendship Patterns of overseas students: a functional modell. *International journal of Psychology* 12: 277-294.
- Brandt, E. (1986): *Minervas sønner og døtre; kandidater fra universiteter og høyskoler 1890-1979*. Oslo: NAVFs utredningsinstitut, notat 5/86.
- CSN - Centrala Studiestönadsnemden (1995): *Att studera utomlands med studiemedel. En undersökning om hur utlandsstuderande upplever sina studier och vad som bender efteråt*. CSN-rapport nr. 1 1995, Sundsvall.
- Cummings, W.K. (1991): Foreign Students, in: P.G. Atbach (ed.) *International Higher Education: An Encyclopedia* New York: Garland: 107-125
- Den norske lægeförening (2000a): Legestatistikk. Fakta om utenlandske leger i Norge per 8.1.1999. [http://www.legeföreningen.no/statisti/-utland\\_99.htm](http://www.legeföreningen.no/statisti/-utland_99.htm).
- Den norske lægeförening (2000b): Legestatistikk. Alle legemedlemmer etter yrkesförening (ekskl. assosierte medlemmer) per 20.3. 2000. <http://www.legeföreningen.no/statisti/spesial3.htm>.
- Den norske lægeförening (2000c): Legestatistikk. Ubesatte legehjemler for leger i spesialhelsetjenesten i perioden 1990-1998 fordelt på spesialitet. <http://www.legeföreningen.no/statisti/ubes.htm>.
- Den norske lægeförening (2000d): Nytt fra legeföreningen og tidsskriftet: Færre ubesatte legestillinger i sykehus. [http://www.legeföreningen.no/nyheter\\_fraleg/ubesatt.htm](http://www.legeföreningen.no/nyheter_fraleg/ubesatt.htm) 10.04.2000.
- Den norske lægeförening (2000e): Norske medisinstudenter i utlandet med støtte fra Statens lånekasse for utdanning. Legestatistikk. <http://www.legeföreningen.no/statisti/medutl.htm>
- Den norske lægeförening (2000f): Legestatistikk Medisinstudenter i Norge og medlemmer av Norsk Medisinstudentförening (Nmf) i Norge etter univeristet og i utlandet etter studieland per 5.6 2000. Prosent kvinner. <http://www.legeföreningen.no/statisti/studkjon.htm>
- Eikeland, O.J. (1988): *Dei to første åra ved universitetet: Studieframbald - vilkår - resultat*. Bergen: Rapportserie frå prosjektet Universitetet i Bergen som utdanningsinstitusjon (UNIBUT) 6/1988.
- Edvardsen, R. (1991): *Valg av utdanning og yrke. Betydningen av kjønn, sosial og geografisk bakgrunn ved utdannings- og yrkesvalg*. Oslo: NAVFs utredningsinstitut, rapport nr. 12.

- European Commission (1999): *Survey into the socio-economic background of ERASMUS students*. Directorate General XXII – Education, Training and Youth SCHE 9/99 – DOC 7 Annex 1.
- Fekjær, S.N. (2000): *Utdanning : verdt å låne for? : om klassebakgrunns betydning for studielånsopptak*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Fry, G.W. (1984): The Economic and Political Impact of Study Abroad. *Comparative Education Review* vol 28, no 2.
- Furnham A. and L. Treize (1983): The mental health of foreign students. *Social Science and Medicine* 17: 365-370.
- Furnham A. (1986): The experience of being an overseas student. I Furnham A. and S. Bochner (1986) *Culture Shock*. London: Methuen.
- Gjerberg, E. og D. Hofoss (1995): Har kjønn betydning for om legen blir spesialist? *Tidsskrift for den norske lægeforening* 115: 1253-7.
- Gjerberg, E. og D. Hofoss (1998): «Dette er ikke noe for småjenter» – en analyse av legers forståelse av kjønnsforskjeller i spesialitetsvalg. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 39: 3-27.
- Gordon, J. and J-P. Jallade (1996): 'Spontaneous' Student Mobility in the European Union: a statistical survey. *European Journal of Education*, Vol. 31: 133-151.
- Grøgaard, J (1995): *Skolekontroversen: belyst ved to norske utvalgsundersøkelser*. Oslo: FAFO.
- Gundersen, T. (1999) *Legekår eller levekår*. Refleksjoner om legene og samfunnet. Oslo: Spartacus forlag.
- Hansen, M.N. (1986): Sosiale utdanningsforskjeller: Hvordan er de forklart? Hvordan bør de forklares? *Tidsskrift for samfunnsforskning*
- Hansen, M.N. og E. Rogg (1991) Høyere utdanning i Norge. Rekruttering, finansiering og omfordeling. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 32: 387-416
- Hansen, M.N. (1999): Utdanningspolitikk og ulikhet. Rekruttering til høyere utdanning 1985-1998. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 40: 173 – 203.
- Haug, G. (1996): Student Mobility Between Europe and the US. In *European Journal of Education*, 31 (2) pp 181-19.
- Hernes G. og K. Knudsen (1976) *Utdanning og ulikhet* NOU: 46.

- Hofoss, D. og Gjerberg E. (1994) Legers arbeidstid *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 114: 3059-63.
- Hovland, G (2000): *Hvem ble student under utdanningsekplosjonen?* Oslo: NIFU skriftserie nr. 2/2000, Oslo.
- Högskoleverket (1997): *National Policies for the Internationalisation of Higher Education in Europe*. Stockholm: Högskoleverket. Skriftserie 1997:8.
- Jensen, K og R. Nygård (2000): *Studentidentitet og samfunnsmoral. Søkelys på høyeregradsstudenters norm og verdsettelsesmønster*. Oslo: Universitetet i Oslo, Innsatsområde etikk skriftserie nr. 4.
- Klinenberg, O. and Hull F. (1979): *At a foreign university. An international study of adaption and coping*. Praeger, New York.
- Kværner, K, Aasland O.G. og G. Botten (1999): Female medical leadership: cross sectional study. *British Medical Journal* 318: 91-4.
- Larsen, Ø. (1986a): Leger i Norge. I Larsen, Ø., Berg O. Og F. Hodne *Lege og samfunnet*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo/Den norske lægeforening, Oslo.
- Larsen, Ø. (1986b): Å være lege. I Larsen, Ø., Berg O. Og F. Hodne *Lege og samfunnet*. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo/Den norske lægeforening.
- Larsen, Ø. (1989): *Mangfoldig medisin*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Lazare, A., Klermann G.L., and D.J. Armor (1970): Oral, obsessive and hysterical personality patterns; an investigation of psychoanalytical concepts by means of factor analysis. *Arch Gen Psychiatry* 14: 25-30.
- Lindbekk, T. (1962): Den sosiale rekrutteringen til de akademiske profesjoner i vår tid. *Tidsskrift for samfunnsforskning* nr. 4: 231-254
- Lyngstad, J. og I. Øyangen (1999): *Sjung om studentens lykkelige dar. Studenters levekår 1998*. Oslo – Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå, rapport 99/15.
- Lånekassen (1997): Norske elever og studenter i utlandet 1996-97. Notater om studiefinansiering nr 3/97.
- Lånekassen (1998a): Norske elever og studenter i utlandet 1997-98. Notater om studiefinansiering nr 1/98.

- Lånekassen/ANSA (1998b): *Medisintutdanning i utlandet – med oversikt over aktuelle læresteder*. Brosjyre.
- Lånekassen (1999): Norske elever og studenter i utlandet 1998-99. Notater om studiefinansiering.
- Lånekassen/ANSA (2000): *Medisinstudier i Tyskland*. Brosjyre.
- Lånekassen/ANSA (2000): *Medisinstudier i Ungarn*. Brosjyre.
- Lånekassen/ANSA (2000) *Medisinstudier i Polen*. Brosjyre.
- Maiworm, F. and U. Teichler (1996): *Experiences of Former ERASMUS Students*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Nordiska läkarförbunden (1999): *Nordiska läkarfakta 1999*. Brosjyre.
- Næss, T. (2000): *Utdanning fram til år 2015. Framtidig beholdning, tilgang og erstatningsbehov*. Oslo: NIFU, rapport 10/2000.
- Olsen, H. (1999): *Internasjonalisering ved de norske høyere utdanningsinstitusjonene. Omfang og organisering av formaliserte institusjonelle aktiviteter*. Oslo: NIFU. Rapport 1/99.
- Opper S., U. Teichler og J. Carlson (1990) *Impacts of Study Abroad Programmes on Students and Graduates*. Jessica Kingsley Publishers, London.
- Rotevatn, J. (1997): *Til tjeneste for utdanningsnorge*. Oslo: Lånekassen 1997.
- Samnordisk arbeidsgruppe for prognos- og spesialistutbildningsfrågor (1998): *Den framtida läkararbetsmarknaden i Norden*.
- Sanderson, J. (1988) *More than an education? An investigation into the Experience of 355 Norwegian Engineers who Studied in Scotland in the period 1945-1980*. Cand. Philol thesis, University of Oslo, Oslo
- Sewell, W.H, Morris R.T. og O.M. Davidsen (1961): *Scandinavian Students' Images of the United States: A study in Cross-cultural Education. Annals of the American Academy of Political and Social Science* 126-35.
- Sivertsen G. og J-C. Smeby (2000): *Den nordiske overenskomsten om adgang til høyere utdanning*. Nordisk Ministerråd.
- Stensaker, B. og Wiers-Jenssen J. (1998) *Utvidet utbytte? Norske studenter i Glasgow, Stockholm, Berlin og København* Oslo: NIFU rapport 5/98.

- Stortingsmelding nr. 36 (1998-1999) Om prinsipper for dimensjonering av høgre utdanning. Kirke- undervisnings- og forskningsdepartementet.
- Tajfel H. and J. Dawson (ed) (1965): *Disappointed guests: essays by African, Asian, and West Indian*. London.
- Teichler U. (1996): Student Mobility in the Framework of ERASMUS: findings of an evaluation study. *European Journal of Education*, Vol. 31: 153-179.
- Teigen, K (1997) *Studievaner blant allmennlærere og ingeniørstudenter*. Oslo: NIFU skriftserie nr. 22/97.
- Torgersen S (1980) Hereditary-environmental differentiation of genetic neurotic, obsessive and impulsive hysteric personality trait. *Acta Genet Med Gemellol* 29; 193-207.
- Try (2000): *Veksten i høyere utdanning: Et vellykket arbeidsmarkedspolitisk tiltak?* Oslo: NIFU rapport 2/2000.
- UNESCO (1995): *Statistical Yearbook*.
- Valgum, P., Wiers-Jenssen J. and Ø. Ekeberg (1999): Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. *Medical Education* 1999; 33: 236-242
- Volet, S.E. and P. Renshaw (1995): Cross-cultural differences in university students' goals and perceptions of study settings for achieving their own goals. *Higher Education* 30: 407-433.
- Wiers-Jenssen, J. (1994): *Rekruttering til medisinstudiet. En studie av et årskull medisinstudenter, med vekt på sosial bakgrunn, poengsamling, studiemotiver og ambisjonsnivå*. Hovedoppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Wiers-Jenssen J., Vaglum P. og Ø. Ekeberg (1995): Repetisjon og privatisteksamener - veien til det medisinske studium. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*; 115 2659-62.
- Wiers-Jenssen J, P. Vaglum og Ø. Ekeberg (1997): Kommende legers karriereplaner. *Tidsskrift for den norske lægeforening* nr 19; 117: 2807-11.
- Wiers-Jenssen, J. (1998): Å studere i utlandet. Erfaringer fra fire europeiske byer. I Lødding og Szanday (red) *Utdanning og arbeidsmarked 1998*. NIFU

Wiers-Jenssen, J. (1999): *Utlendighet eller utflukt? Norske studenters vurdering av å studere i utlandet*. Oslo: NIFU-rapport nr. 9/99.

---

Wiers-Jenssen, J. og O.G. Aasland (1999): Endringer i medisinstudentenes karriereplaner under første del av studiet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* : 119: 2858-64.

Zadeh, M.S. (1999): Utlandsstuder – til hvilken nytta? En utvärdering av effekter av utlandsstudier. Högskoleverket.

Aamodt, P.O. (1982): *Utdanning og sosial bakgrunn*. Oslo-Kongsvinger, Statistisk sentralbyrå, Samfunnsøkonomiske studier nr. 1.

Aasland O.G. og E. Falkum (1994): Legekårsundersøkelsen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 114: 3052-8.

[http://www.rcsi.ie/medical\\_school/admissions/index.html#2](http://www.rcsi.ie/medical_school/admissions/index.html#2)

<http://www.ntnu.no/intersek/Med-U/Med-U1.html>.



# Tabelloversikt

<b>Tabell 4.1</b>	Studenter i undersøkelsen fordelt på land .....	35
<b>Tabell 4.2</b>	Antall år tilbragt på medisinstudiet i utlandet blant studenter i ulike land. Vertikal prosentuering .....	36
<b>Tabell 4.3</b>	Karaktersnitt fra videregående skole. Vertikal prosentuering .....	38
<b>Tabell 4.4</b>	Prosentandel med familie eller venner som har bodd utenlands i mer enn tre måneder.....	40
<b>Tabell 4.5</b>	Studenter med tidligere utenlandsopphold av minst tre måneders varighet etter aktivitet. Prosent.....	40
<b>Tabell 4.6</b>	Prosentandel som har benyttet ulike kilder til informasjon om utdanning.....	42
<b>Tabell 4.7</b>	Foreldrenes høyeste utdanning. Vertikal prosentfordeling..	44
<b>Tabell 4.8</b>	Prosentandel foreldre med høyere utdanning blant norske medisinstudenter i ulike land .....	45
<b>Tabell 4.9</b>	Prosentandel studenter med slektninger som er leger eller medisinstudenter.....	46
<b>Tabell 4.10</b>	Foreldrenes samlede inntekt (samlet brutto husholdsinntekt). Prosent.....	47
<b>Tabell 5.1</b>	Begrunnelse for å reise til utlandet for å studere. Vektlegging av ulike faktorer, horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre.....	51
<b>Tabell 5.2</b>	Viktigste grunner til å studere i utlandet. Prosent N=751. ....	52
<b>Tabell 5.3</b>	Begrunnelse for valg av studieland. Vektlegging av ulike faktorer. Horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre. ....	53
<b>Tabell 5.4</b>	Foretrukket studieland blant studenter som ikke studerer i det land (utenom Norge) de helst ville studere. Prosent.....	54
<b>Tabell 5.5</b>	Begrunnelse for valg av utdanningsinstitusjon. Vektlegging av ulike faktorer, horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre (3 = avgjørende betydning 0 = ingen betydning) .....	56
<b>Tabell 5.6</b>	Begrunnelser for valg av medisinstudiet. Prosent og gjennomsnittsskåre for kvinner og menn .....	57
<b>Tabell 5.7</b>	Begrunnelser for å studere medisin blant utenlandsstudenter og studenter i Norge. Sumskårer på motivindeks 1-12 (lav skåre = høy betydning) .....	59
<b>Tabell 5.8</b>	Andres påvirkning på beslutningen om å studere medisin. Prosent .....	59
<b>Tabell 6.1</b>	Varighet av tilpasning til ulike sider ved ny studie-situasjon blant studenter som har studert utenlands i et år eller mer. Horisontal prosentfordeling.....	63

<b>Tabell 6.2</b>	Prosentandel som har brukt seks måneder eller mer på tilpasning til ulike sider ved ny studiesituasjon blant studenter som har studert utenlands i et år eller mer.....	64
<b>Tabell 6.3</b>	Prosentandel norske utenlandsstudenter som omgås studenter med ulik nasjonalitet på fritiden minst én gang per uke etter studieland.....	65
<b>Tabell 6.4</b>	Samlet vurdering av studieoppholdet i utlandet. Horisontal prosentuering. ....	68
<b>Tabell 7.1</b>	Prosentandel som anslår at de er blant de 10 prosent og de 25 prosent beste studentene i ulike land.....	72
<b>Tabell 7.2</b>	Antall timer brukt på studier per uke blant studenter i ulike land.....	76
<b>Tabell 7.3</b>	Ulike årsaker som en av de tre viktigste grunnene til å bruke mer tid på studiet blant dem som tror de bruker mer tid på studiene enn vertslanets studenter. Prosent. ....	78
<b>Tabell 7.4</b>	Samlet vurdering av lærestedet etter studieland. Vertikal prosentuering og gjennomsnittsskåre på skala 1-5. ....	81
<b>Tabell 7.5</b>	Tilfredshet med ulike forhold ved lærestedet. Prosentandel som er fornøyd i ulike land og gjennomsnittsskåre på skala 1-5. ....	83
<b>Tabell 8.1</b>	Finansiering av livsopphold og studieavgifter. Total finansiering fordelt etter finansieringskilde (vertikal prosentuering) og prosentandel som oppgir ulike typer finansieringskilder. ....	87
<b>Tabell 9.1</b>	Fordeler med utenlandsstudier. Horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre 0-3. ....	95
<b>Tabell 9.2</b>	Ulemper med utenlandsstudier. Horisontal prosentuering og gjennomsnittsskåre 0-3. ....	96
<b>Tabell 9.3</b>	Studentenes planer for hvor de vil arbeide etter endt utdanning. Vertikal prosentfordeling. ....	98
<b>Tabell 9.4</b>	Prosentandel studenter på ulike fag som tenker seg å arbeide i Norge på ulike tidspunkter.....	99
<b>Tabell 10.1</b>	Stillingsplaner blant kvinnelige og mannlige studenter. Prosent .....	107
<b>Tabell 10.2</b>	Spesialiseringsplaner for kvinnelige og mannlige studenter. Prosent .....	108
<b>Tabell 10.3</b>	Studentenes vurdering av sannsynligheten for at de kommer til å ta spesialistutdanning. Prosent .....	109
<b>Tabell 10.4</b>	Studentenes vurdering av sannsynligheten for at de kommer til å ta doktorgrad. Prosent .....	110
<b>Tabell 10.5</b>	Ønske om framtidig arbeidstid per uke blant kvinnelige og mannlige studenter. Prosent.....	111

# Figuroversikt

<b>Figur 2.1</b>	Antall norske medisinstudenter i utlandet med støtte fra Lånekassen (Kilde: Statens Lånekasse for utdanning).....	20
<b>Figur 2.2</b>	Antall uteksaminerte norske leger i Norge og utlandet per år i perioden 1952-1998.(Kilde: Legeregisteret).....	22
<b>Figur 6.1</b>	Prosentandel som ville foretrukket studieplass i Norge ved studiestart og på intervjutidspunkt. ....	69
<b>Figur 7.1</b>	Prosentandel som anslår at de er blant de 25 prosent beste studentene på sitt studium blant studenter med ulike karaktersnitt fra videregående skole. ....	73
<b>Figur 7.2</b>	Utenlandsstudentenes vurdering av seg selv i forhold til sine medstudenter på ulike områder. Prosent.....	75
<b>Figur 9.1</b>	Endring i oppfatning om ulike forhold i Norge. Prosent. N=746. ....	101
<b>Figur 9.2</b>	Endringer i holdninger til norsk helsevesen blant studenter i ulike land. N=746 .....	103



# Vedlegg 1 Tabeller

Vedleggstabellene er nummerert etter følgende logikk: Tallet står for kapitlet der tabellen er referert til, bokstaveringen er kronologisk innenfor dette kapitlet.

**Vedleggstabell 2a**    *Antall norske medisinstudenter i utlandet (med støtte fra Lånekassen)*

Studieår	Tyskland	Ungarn Polen	Danmark	Sverige	Stor- britannia/ Irland	Sveits	Øster rike	Neder land/ Belgia	Frankrike	Spania	Australia	Tsjekkia	Andre	Alle
1958/59	395		12	4	50	97	89	56	5				9	717
1959/60	453		9	8	58	86	80	76	3				9	782
1960/61	508		6	7	59	88	74	82	8				4	836
1961/62	572		8	27	55	94	73	76	9				8	922
1962/63	585		10	39	51	84	83	92	8				5	957
1963/64	564		10	39	41	112	110	145	26				14	1061
1964/65	574		18	34	43	115	140	149	113				30	1216
1965/66	525		16	17	44	115	152	131	110				65	1175
1966/67	495		17	7	75	123	242	182	88				27	1256
1967/68	458		30	3	84	122	302	173	60				15	1247
1968/69	438		45	3	100	120	312	191	60				20	1289
1969/70	386		65	4	122	107	296	166	43				23	1212
1970/71	351		103	3	139	95	244	164	30	57			7	1193
1971/72	278		113	3	143	75	200	131	23	74			16	1056
1972/73	276		133	5	138	50	155	133	23	61			13	987
1973/74	276		152	1	139	35	104	127	23	42			22	921
1974/75	246		162	1	148	22	58	103	18	26			28	812
1975/76	238		179	0	126	16	35	88	23	10			30	745
1976/77	243		219	3	114	6	28	61	23	6			35	738
1977/78	255		223	6	104	5	12	48	14	6			35	708
1978/79	295		205	8	91	4	7	41	19	6			35	711
1979/80	303		201	10	80	3	9	38	17	8			43	712
1980/81	317		173	10	78	4	8	42	14				61	707

Studieår	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Stor- britannia/ Irland	Sveits	Øster- rike	Neder- land/ Belgia	Frankrike	Spania	Australia	Tsjekkia	Andre	Alle
1981/82	332			166	10	64	3	5	34	15				49	678
1982/83	318			146	18	61	1	5	47	16				44	656
1983/84	299			119	23	41	1	3	38	18				43	585
1984/85	301			89	21	27	1	4	37	18				42	540
1985/86	252			77	19	19	2	4	25	11				33	442
1986/87	233			64	16	7	1	2	20	13	3			25	384
1987/88	219			53	17	5	1	3	16	11	2			18	345
1988/89	187			45	15	6	2	3	15	7	3			17	300
1989/90	206			36	13	3	3	1	11	7	4			21	305
1990/91	204			26	18	7	3	4	13	11	5			23	314
1991/92	222			26	19	7	3	5	13	8	4			22	329
1992/93	239	6	2	30	19	6	4	7	14	10	4			20	361
1993/94	272	19	3	39	34	9	4	9	17	10	5			18	439
1994/95	308	64	18	37	63	17	4	9	23	10	6			20	579
1995/96	337	150	57	42	53	31	5	11	22	6	5			34	753
1996/97	374	208	96	53	105	45	6	9	26	6	4			31	963
1997/98	380	246	159	92	111	77	4	10	34	5	5	19	13	38	1193
1998/99	375	305	223	113	115	128	2	8	45	3	3	33	23	47	1423
1999/2000	358	365	284	141	107	170	1	6	51	4	5	59	33	48	1632

**Vedleggstabell 4a** *Karaktersnitt fra videregående skole, blant dem som ikke er på oppkjøpt plass. Vertikal prosentfordeling.*

Karaktersnitt	Total	Tysk-land	Ungarn	Polen	Dan-mark	Sverige	Eng. språkl.	Andre
Opp til 4,00	5	200	12	7	0	3	5	3
4,01 - 4,50	13	3	26	25	7	5	3	21
4,51 - 5,00	35	32	38	44	27	31	32	42
5,01 - 5,50	41	60	22	22	54	48	40	30
5,51 - 6,00	6	4	2	3	11	13	21	3
Sum	100	100	100	100	100	100	100	100
<i>N</i>	631	193	130	105	70	62	38	33

**Vedleggstabell 4b** *Andel studenter med slektninger som er leger eller medisinstudenter.*

Slekting	Alle	Tysk-land	Un-garn	Polen	Dan-mark	Sverige	Eng. språkl.	Andre
Far	22	22	18	16	18	28	26	30
Mor	6	5	5	5	4	9	7	6
Søsken	9	13	6	10	10	7	5	7
Bestefar/bestemor	6	6	5	6	5	3	11	9
En eller flere av de ovenfor nevnte slektninger	30	33	23	25	26	31	33	38
<i>N</i>	752	211	133	111	74	70	81	71



**Vedleggstabell 5a***Begrunnelser for valg av studieland etter studieland.  
Gjennomsnittsskåre N=739-745*

Begrunnelse	Tysk-land	Ungarn	Polen	Dan-mark	Sverige	Eng. språkl.	Andre
Lettere å komme inn på studiet i dette landet enn andre land (utenom Norge)	1,5	1,8	1,6	1,0	1,2	0,6	0,9
Gode forkunnskaper i språket	1,7	0,1	0,2	1,1	1,2	2,1	1,0
Ønsket å gå på bestemt utdanningsinstitusjon	0,8	1,3	1,1	1,1	1,2	1,4	1,1
Familie/venner hadde studert i landet og anbefalt det	1,4	0,8	0,9	0,9	0,7	0,8	0,7
Geografisk nærhet til Norge	0,9	0,1	0,8	1,9	1,8	1,0	0,7
Lavere kostnader enn andre land	0,9	1,5	1,3	0,6	0,3	0,3	0,6
Ønsket å forbedre kunnskaper i / lære vertslandets språk	1,5	0,3	0,5	0,1	0,1	1,4	0,9
Kulturell nærhet til Norge	0,9	0	0,2	1,5	1,4	0,7	0,7
Spesielt interessert i landets kultur	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1	0,9	0,6
Behagelig klima	0,2	0,6	0,2	0,2	0,0	0,2	0,6
Geografisk distanse fra Norge	0,3	0,2	0,3	0,4	0,2	0,6	0,2
Kulturell distanse fra Norge	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,5	0,3
Hadde familie som bodde der	0,2	0,0	0,2	0,3	0,2	1,1	0,4
Hadde kjæreste som bodde der	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0

**Vedleggstabell 5b** *Andel som hadde nåværende studieland som første-prioritert studieland utenom Norge. Prosent. N=341*

Studieland	Prosent
Tyskland	68
Ungarn	28
Polen	23
Danmark	65
Sverige	74
Engelskspråklige land	84
Andre	50

**Vedleggstabell 9a** *Fordeler ved utenlandsstudier. Gjennomsnittsskåre 0-3 (0 = ingen betydning, 3 = svært stor betydning)*

	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Eng. språk	Andre	Alle
Personlig vekst	2,6	2,6	2,6	2,3	2,4	2,6	2,4	2,5
Utenlandske venner/kontakter	2,2	2,1	1,9	2,1	2,1	2,4	1,9	2,1
Perspektiv på norske forhold	2,2	2,1	2,1	1,9	2,1	2,1	2,0	2,1
Språkkunnskaper	2,5	1,7	2,0	0,7	1,1	2,6	2,1	2,0
Kjennskap til et annet lands kultur	1,9	1,8	1,9	1,4	1,1	2,2	1,8	1,8
Godt miljø blant de norske studentene	1,9	2,2	2,1	1,6	1,2	1,7	1,6	1,8
Øker mulighetene for en internasjonal karriere	1,4	1,6	1,8	1,1	1,6	2,1	1,4	1,6
Utdanning med annerledes innhold	1,3	1,6	1,4	1,0	1,3	1,5	1,4	1,4
N	208	133	109	74	70	81	68	743

**Vedleggstabell 9b** Ulemper ved utenlandsstudier. Gjennomsnittsskåre 0-3  
(0 = ingen betydning, 3 = svært stor betydning)

	Tysk-land	Un-garn	Polen	Dan-mark	Sver-ige	Eng. språkl	Andre	Alle
Mindre kontakt med familie	1,5	1,8	1,7	1,9	1,8	1,6	2	1,7
Mindre kontakt med norske venner	1,9	1,9	1,8	2,1	2,0	1,9	2,1	1,9
Manglende kontakt med potensielle arbeidsgivere/faglig nettverk	1,0	1,4	1,1	0,9	1,3	1,1	0,9	1,1
Norske arbeidsgivere mangler kjennskap til utdanningen	0,7	1,4	1,3	0,4	0,7	0,9	0,8	0,9
Innholdet i utdanningen kan være vanskelig å tilpasse norske forhold	0,4	0,6	0,5	0,2	0,2	0,5	0,4	0,4
Vanskelig å holde seg ajour med nyhetsbildet og utviklingen i Norge	1,4	1,3	1,5	1,0	1,1	1,5	1,3	1,3
Forlenget studietid	0,4	0,4	0,2	0,6	0,1	0,2	0,5	0,3
Større studielån	0,8	1,0	1,2	0,9	0,3	1,9	1,0	1,0
<i>N</i>	208	133	109	74	69	81	68	742

**Vedleggstabell 10a** *Stillingsønsker blant studenter i utlandet og i Norge.*

Stilling	Utenlandsstudenter 1998/99 (alle nivå)	Studenter i Norge ved halvgått studium 1997	Avgangsstudenter Norge 1993/94
Sykehuslege med lederansvar	37	28	21
Sykehuslege uten lederansvar	22	21	30
Kommunelege/bydelslege med lederansvar	2	8	7
Kommunelege/bydelslege uten lederansvar	1	2	5
Privatpraktiserende spesialist	22	11	15
Allmennpraktiker	8	18	21
Bedriftslege	0	0	0
Forsker på heltid	2	1	0
Annet	6	5	2
N	694	279	351

**Vedleggstabell 10b** *Stillingsønsker etter studieland. Vertikal prosentfordeling.*

Stilling	Tysk-land	Ungarn	Polen	Dan-mark	Sverige	Eng. språkl.	Andre	Total
Sykehuslege med lederansvar	35	41	39	30	47	28	38	37
Sykehuslege uten lederansvar	28	17	18	18	23	28	17	22
Kommunelege/bydelslege med lederansvar	1	2	4	3	2	0	8	2
Kommunelege/bydelslege uten lederansvar	2	1	0	2	0	0	3	1
Privatpraktiserende spesialist	21	24	22	27	21	24	19	22
Allmennpraktiker	9	10	5	10	2	9	8	8
Bedriftslege	0	1	0	0	0	0	2	0
Forsker på heltid	1	1	4	2	0	3	3	2
Annet	4	4	8	9	7	9	3	6
N	201	125	104	67	62	71	64	694

**Vedleggstabell 10c** Stillingsønsker etter studieland, kvinner. Vertikal prosentfordeling.

Stilling	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Eng. språkl.	Andre	Total
Sykehuslege med lederansvar	29	41	31	28	42	12	26	30
Sykehuslege uten lederansvar	33	19	26	19	27	36	29	28
Kommunelege/bydelslege med lederansvar	1	0	4	3	0	0	10	2
Kommunelege/bydelslege uten lederansvar	2	0	0	3	0	0	10	1
Privatpraktiserende spesialist	21	26	20	28	24	29	16	23
Allmennpraktiker	10	11	6	28	24	29	10	9
Bedriftslege	0	0	0	0	0	0	0	0
Forsker på heltid	1	0	6	0	0	5	0	2
Annet	4	4	8	11	6	12	3	6
<i>N</i>	126	54	51	36	33	42	31	373

**Vedleggstabell 10d** Stillingsønsker etter studieland, menn. Vertikal prosentfordeling.

Stilling	Tyskland	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Eng. språkl.	Andre	Total
Sykehuslege med lederansvar	47	41	47	32	50	50	50	45
Sykehuslege uten lederansvar	20	16	11	16	18	18	6	16
Kommunelege/bydelslege med lederansvar	0	3	4	3	4	0	6	3
Kommunelege/bydelslege uten lederansvar	1	1	0	1	0	0	0	1
Privatpraktiserende spesialist	20	23	25	26	18	18	22	22
Allmennpraktiker	7	10	4	10	4	11	6	7
Bedriftslege	0	1	0	0	0	0	0	0
Forsker på heltid	1	1	2	3	0	0	6	2
Annet	3	4	8	7	7	4	3	5
<i>N</i>	74	71	53	31	28	28	32	317

**Vedleggstabell 10e** Gruppering av spesialiteter og antall studenter som har markert ulike spesialiteter som den mest interessante.

Gruppert spesialitet	Spesialitet	Ant. som har markert Spes. som den mest interessante
ALLMENNEMEDISIN	Allmennmedisin	30
	Allmennpraktiker Dnlf	36
LABORATORIEFAG	Klinisk fysiologi	2
	Klinisk kjemi	1
	Klinisk nevrofysiologi	1
	Medisinsk genetikk	4
	Medisinsk mikrobiologi	0
	Radiologi	3
	Patologi	5
	Nevropatologi	0
	Klinisk farmakologi	0
	Anatomi	1
	Biokjemi	1
	Fysiologi	1
	INDREMEDISINSKE FAG	Fysikalsk medisin og rehabilitering
Hud og veneriske sykdommer		6
Idrettsmedisin		0
Immunologi og transfusjonsmedisin		7
Indremedisin		45
Blodsykdommer		6
Endokrinologi		3
Fordøyelsesykdommer		1
Geriatrici		1
Hjertesykdommer		17
Infeksjonssykdommer		7
Lungesykdommer		2
Nyresykdommer		2
Nevrologi		26
Nukleærmedisin		0
Revmatologi		0
Onkologi		11
Øyesykdommer		11
Tropesykdommer		4
Epidemiske sykdommer		0

Gruppert spesialitet	Spesialitet	Ant. som har markert Spes. som den mest interessante
KIRURGISKE FAG	Anestesiologi	36
	Generell kirurgi	46
	Barnekirurgi	17
	Gastroenterologisk kirurgi	4
	Karkirurgi	15
	Ortopedisk kirurgi	25
	Thoraxkirurgi	15
	Urologi	1
	Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	1
	Nevrokirurgi	20
	Plastikkirurgi	17
	Øre-nese-halssykdommer	12
PSYKIATRI	Barne- og ungdomspsykiatri	9
	Psykiatri	6
SAMFUNNSMEDISIN	Arbeidsmedisin	0
	Klinisk sosialmedisin	0
	Samfunnsmedisin	5
	Yrkesmedisin	0
	Bedriftslege Dnlf	0
BARNESYKDOMMER		61
FØDSELHJELP-OG KVINNESYKDOMMER		30
Sum		560

**Vedleggstabell 10f** *Spesialitetspreferanser blant utenlandsstudenter og blant studenter i Norge. Prosent.*

Gruppert spesialitet	Utenlandsstudenter 1998/99 (alle nivå)	Studenter i Norge ved halvgått studium 1997	Avgangsstudenter Norge 1993/94
Allmennmedisin	12	26	27
Laboratoriemedisin	4	2	1
Indremedisinske fag	27	24	30
Kirurgiske fag	37	27	20
Psykatri	3	5	4
Samfunnsmedisin	1	1	1
Barnesykdommer	11	9	11
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	5	7	6
<b>N</b>	<b>556</b>	<b>279</b>	<b>518</b>

**Vedleggstabell 10g** *Spesialitetspreferanser blant studenter i ulike land. Prosent*

Spesialitet	Tysk-land	Ungarn	Polen	Danmark	Sverige	Eng. språkl.	Andre	Total
Allmennmedisin	13	12	10	12	10	10	15	12
Laboratoriemedisin	3	6	6	3	0	2	5	4
Indremedisinske fag	28	29	19	26	21	31	34	27
Kirurgiske fag	38	36	48	31	50	37	24	38
Psykatri	3	2	0	0	2	8	3	3
Samfunnsmedisin	1	1	0	3	0	0	0	1
Barnesykdommer	10	8	13	18	10	8	12	11
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	3	5	5	7	8	6	7	5
<b>N</b>	<b>174</b>	<b>97</b>	<b>63</b>	<b>61</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>59</b>	<b>558</b>



# Vedlegg 2 Spørreskjema

## **2 spørreskjemaer**

Spørreskjema 1, Studier i utlandet

Spørreskjema 2, Medisinstudier i utlandet