

Norske medisinstudenter i utlandet – karriereplaner, personlighet, røyking og alkoholbruk

Mer enn 30 % av yrkesaktive leger i Norge har studert i utlandet. For tiden skjer det en kraftig økning i antallet medisinstudenter i utlandet, særlig i Polen, Tsjekkia og Ungarn. Vi har foreløpig liten kunnskap om hvem disse er og hva slags medisinske karrierer de kan tenke seg.

Et spørreskjema ble sendt i posten til alle 1198 studenter som var registrert som medisinstudenter i utlandet i Statens lånekasse for utdanning høsten 1998. Spørreskjemaet inneholdt bl.a. spørsmål om motiver for å studere utenlands, akademisk og utenomakademisk utbytte, trivsel, hvilken spesialitet og hva slags jobb studentene kunne tenke seg, og hvilke motiver de hadde for sine valg. Videre var det et personlighetsinventorium og spørsmål om røyke- og alkoholvaner. For en rekke av spørsmålene vedkommende forelå det komparative data fra undersøkelser blant medisinstudenter i Norge.

756 studenter (63 %) svarte. Kirurgi, indremedisin og pediatri var de mest populære spesialitetene. Allmennmedisin og psykiatri var mindre populære enn blant studenter i Norge. Det var de samme tradisjonelle kjønnsforskjellene som finnes blant studenter i Norge når det gjelder hvem som kan tenke seg ledende stillinger. Utenlandsstudentene synes å være mer interessert i å bli ledere, og i spesialiteter med høy prestisje samtidig som de er mindre opptatt av helsepolitiske spørsmål. De kan i større grad tenke seg stillinger der sannsynligheten for å gjøre feil er høy. Personlighetsmessig virker de mer robuste enn de som studerer medisin i Norge, men de røyker vesentlig mer, og har en høyere alkoholrisiko.

Medisin har vært et lukket studium i Norge siden 1940, og et betydelig antall nordmenn har siden den tid valgt å ta sin medisinske utdanning i utlandet. Mer enn 30 % av norske leger har tatt hele, eller deler av, sin medisinske utdanning i utlandet (Legekårsundersøkelsen, upubliserte data) (1). I begynnelsen av 1970-årene var det omtrent like mange medisinske kandidater som ble uteksaminert i utlandet som i Norge (2). Senere sank andelen, men i 1990-årene skjedde

Olaf Gjerløw Aasland

olaf.aasland@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

Jannecke Wiers-Jenssen

jannecke.wiers-jenssen@nifu.no
Norsk institutt for studier av forskning
og utdanning
Hegdehaugsveien 31
0352 Oslo

Aasland OG, Wiers-Jenssen J.

Norwegian medical students abroad – career plans, personality, smoking and alcohol use.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1677–82.

Background. More than 30% of Norwegian physicians have graduated from medical schools outside Norway, and the number of Norwegian students that attend medical schools abroad is increasing, particularly in Hungary, Poland and the Czech republic. There is a need to know more about these future Norwegian doctors, what their motives and plans are, and how they differ from students at home.

Material and methods. A postal survey was carried out among all 1,198 Norwegian medical students that were in the files of the State Education Loan Fund by August 1998. The questions covered reasons for going abroad, academic and non-academic outcome, satisfaction, specialty and job preferences, possible motives for career choices, personality characteristics, smoking status and alcohol use. Comparable data were available from previous studies of medical students in Norway.

Results. There were 756 responses (63%). Surgery, internal medicine and paediatrics were the most popular specialties. Family medicine and psychiatry seem to be less likely specialties for students abroad than for students at home. Traditional gender differences, e.g. interest in aiming for a leadership position, were present and did not differ from those seen among students in Norway. Students abroad were more oriented towards leadership and prestigious specialties, less preoccupied with the possibility of making medical mistakes, and less interested in medico-political issues than their counterparts at home. Their personality profiles seemed more robust than those of students in Norway. On the other hand, they smoked much more frequently and had a higher risk of alcohol-related problems.

Interpretation. Norwegian medical students abroad do not particularly prefer specialties like general practice and psychiatry, where the demand for medical manpower is highest. They seem to have quite traditional preferences according to gender.

det igjen en markant økning. Mens det var 305 personer som studerte medisin i utlandet i 1990 (Lånekassen, personlig meddelelse), er antallet vokst til 1 658 i år 2000 (3). Tyskland var i lang tid det land flest nordmenn valgte å reise til. De senere år har økningen vært sterkest i nye studieland som Ungarn og Polen. Til sammen studerer nå 647 nordmenn i disse to landene (3).

Ettersom de fleste som studerer i utlandet returnerer til Norge for å arbeide (4), innebærer veksten i antall utenlandsstudenter at vi fortsatt vil ha en høy andel norske leger med utenlandsk utdanningsbakgrunn i årene fremover. Mange av disse vil være utdannet i land der nordmenn har korte tradisjoner for å studere. Interessante spørsmål som reiser seg i denne forbindelse er hvilke konsekvenser dette vil ha for norsk helsevesen generelt og for rekrutteringen til ulike typer medisinske fagfelter og stillinger spesielt. Land og universiteter har forskjellige utdanningsmodeller og varierende kultur, og det er rimelig å anta at studentene sosialiseres til ulike holdninger og preferanser.

I denne artikkelen tar vi for oss stillings- og spesialiseringsplaner blant medisinstudentene i utlandet. Karriereplaner har vært gjenstand for undersøkelse blant medisinstudenter i Norge (5, 6), slik at vi også kan se på i hvilken grad utenlandsstudentene skiller seg fra studentene i Norge. Blant studenter i Norge er interessen for mindre prestisjefylte spesialiteter som psykiatri, samfunnsmedisin og laboratoriemedisin lavere enn behovet, og det er derfor fare for at disse fagfeltene kan oppleve fortsatt rekrutteringskrise i årene fremover. På denne bakgrunn er det interessant å se på i hvilken grad utenlandsstudentene eventuelt vil bidra på disse fagområdene. Videre ønsker vi å se på forskjeller mellom kvinnelige og mannlige utenlandsstudenters karrierepreferanser. Blant leger og studenter i Norge finner vi et relativt tradisjonelt kjønnsrollemønster i karrierevalg og -preferanser (5–8), og det vil være interessant å se om vi finner tilsvarende mønster også blant medisinstudenter som utdannes i utlandet.

Vi vil videre belyse hvor mye utenlandsmedisinerne ønsker å arbeide, hvilke forhold som vektlegges ved karrierevalg, personlighetsmessige forskjeller og forskjeller i kulturspesifikke levevaner som røyking og alkoholbruk.

Materiale og metode

Høsten 1998 ble det sendt ut et spørreskjema til samtlige 1198 av Lånekassens kunder

☞ Se også side 1668

Tekstboks 1 Enkeltspørsmålene i motivasjonsvariablene ordnet etter grupper. Det innledende spørsmålet var: «Hvor viktig tror du at følgende faktorer vil være for deg når du som lege skal velge arbeidsområde og eventuelt spesialitet?»

Svaralternativer: 1 = ikke viktig, 2 = litt viktig, 3 = viktig, 4 = svært viktig, 5 = vet ikke

Defensiv

Opptatt av å unngå vanskelige eller farlige situasjoner

Et arbeidsfelt hvor anklager om feilbehandling er sjeldne

Å få et arbeid hvor man kan gjøre feil uten store konsekvenser

Unngå arbeidsfelter med muligheter for hyppig negativ medieomtale

Liten vaktbelastning

Slippe å måtte gi dårlige nyheter til pasientene

Slippe å forholde seg til alvorlig syke barn

Mulighet for deltidsstilling

Slippe karrierepregede miljøer

Aktiv

Liker utfordringer og krevende situasjoner, ønsker høy grad av selvstendighet

Et felt hvor man arbeider mye med teknisk utstyr og med hendene

Se raske resultater av det man gjør

Å utfordres i akutte liv-og-død-situasjoner

Å være utfordret av stort ansvar og viktige avgjørelser

Høy grad av selvstendighet

Helhetlig

Opptatt av å ha god tid både til pasienter og familie, allsidighet og variasjon

Mye kontakt med pasienter

Tid til egen familie

Muligheter for barnehageplass

Allsidighet og variasjon

Karriereorientert

Opptatt av lønn og karrieremuligheter og av at medisinen er et interessant fagfelt

Gode lønnsforhold

Mulighet for fast stilling

Gode faglige karrieremuligheter

Å bo på et bestemt sted

Interessant fagfelt

Distansert

Et overordnet syn på medisinen: forskning, medisinsens samfunnsmessige betydning, gode administrative karrieremuligheter

Et samfunnsmessig viktig fagfelt

Mulighet for forskning

Et felt hvor de sosiale og psykologiske faktorer ved sykdommen står i fokus

Gode administrative karrieremuligheter

som var registrert som medisinstudenter i utlandet per august 1998. Det ble foretatt to purringer.

Svarprosenten var 63, noe høyere blant kvinner enn menn (65 % mot 60 %), noe vi også har sett i andre undersøkelser blant medisinstudenter og leger (6, 9). Komparative data om studenter som studerer ved norske universiteter er hentet fra en prospektiv undersøkelse som omfatter ca. 370 studenter som begynte å studere medisin i Norge i 1993 (5, 6). Det foreligger data fra studiestart (1993), fra halvgått studium (1997) og ved studieslutt (2000). Personlighetsdata finnes bare fra 1993, mens data om karrierepreferanser (jobbtype og spesialitet), motiver for karrierevalg og levevaner finnes i alle tre spørreunder. I denne artikkelen benyttes norske data fra 1997 til sammenlikning av karrierepreferanser og motiver, samt røyking og alkoholbruk.

Studieland

Studentene fordelte seg på 23 studieland. Disse er gruppert på følgende måte: nordiske land (Danmark, Island og Sverige), engelskspråklige land (Australia, Irland, Malta, Storbritannia og USA), mellomeuropeiske land (Belgia, Nederland, Tyskland og Østerrike) og østeuropeiske land (Polen, Tsjekkia og Ungarn). En restgruppe på 14 studenter som var spredt på nesten like mange andre land er utelatt fra de analysene der studieland inngår som variabel.

Spesialiteter

Fra en liste på 43 spesialiteter og grenspesialiteter ble studentene bedt om å angi de tre mest interessante og de tre minst interessante spesialitetene. For å få bedre oversikt over svarene har vi gruppert spesialitetene i følgende åtte kategorier: allmenntilleggsmedisin, kirurgiske fag (anestesiologi, generell kirurgi

og kirurgiske grenspesialiteter, kjevekirurgi og munnhulesykdommer, nevrokirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurgi og øre-nese-hals-sykdommer), indremedisinske fag (fysiske medisin og rehabilitering, hud og veneriske sykdommer, indremedisin med grenspesialiteter, nevrologi, onkologi, revmatologi, øyesykdommer), laboratoriefag (immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, klinisk kjemi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi, nukleærmedisin, patologi, radiologi), psykiatri (barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri), samfunnsmedisin (arbeidsmedisin og samfunnsmedisin), barnesykdommer og fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Personlighet

Basic Character Inventory (BCI) er brukt for å måle personlighet (10). Dette instrumentet som består av 36 påstander med svaralternativene *stemmer* og *stemmer ikke* beskriver fire personlighetsdimensjoner: sårbarhet, intensitet, kontroll og realitetssvakhet. Hver av dimensjonene skåres etter en skala fra 0 (lav) til 9 (høy). Instrumentet er tidligere brukt i Legekårsundersøkelsen (9).

Motiver for karrierevalg

I tidligere studentundersøkelser er det ved flere anledninger benyttet 26 spørsmål om motiver for karrierevalg. Hvert spørsmål er besvart etter en skala fra 1 (ikke viktig) til 4 (svært viktig), (tekstboks 1). I en studie av endring i norske medisinstudenters karrierepreferanser under første del av studiet (6) ble disse 26 spørsmålene ved faktoranalyse gruppert i fem kategorier eller motivasjonsvariabler, med betegnelsene *defensiv* (opptatt av å unngå vanskelige eller farlige situasjoner), *aktiv* (liker utfordringer og krevende situasjoner, ønsker høy grad av selvstendighet), *helhetlig* (opptatt av å ha god tid både til pasienter og familie, allsidighet og variasjon), *karriereorientert* (opptatt av lønn og karrieremuligheter og av at medisinen er et interessant fagfelt) og *distansert* (et overordnet syn på medisinen: forskning, medisinsens samfunnsmessige betydning, gode administrative karrieremuligheter). Vi har stilt de samme 26 spørsmålene til utenlandsmedisinerne, og gruppert svarene ved å beregne gjennomsnittet av svarene i hver av de fem motivasjonsvariablene.

Bruk av tobakk og alkohol

Registrering av røykevaner er basert på ett enkelt spørsmål der svaralternativene er: røyker ikke, røyker av og til, og røyker daglig. For registrering av alkoholvaner og alkoholrisiko har vi benyttet Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (11, 12). Dette målet er en kombinasjon av drikkemengde, drikkemåte og negative konsekvenser av drikking, og verdien angis på en skala 0–40, der en vanlig grenseverdi for risiko er 8.

Resultater

756 studenter besvarte skjemaet. Datamaterialet består av 53 % kvinner med gjennomsnittsalder 24 år og 47 % menn med gjennomsnittsalder 25 år. På datainnsamlingsstidspunktet hadde studentene gjennomsnittlig studert 2,6 år i utlandet.

Stillingsplaner

Studentenes stillingsplaner fremgår av figur 1. 60 % av studentene kan tenke seg å arbeide i sykehus, 22 % vil bli privatpraktiserende spesialister, mens kun 8 % vil bli allmennpraktikere. Andre stillingskategorier er det liten interesse for. Det er relativt små forskjeller mellom studenter i ulike land.

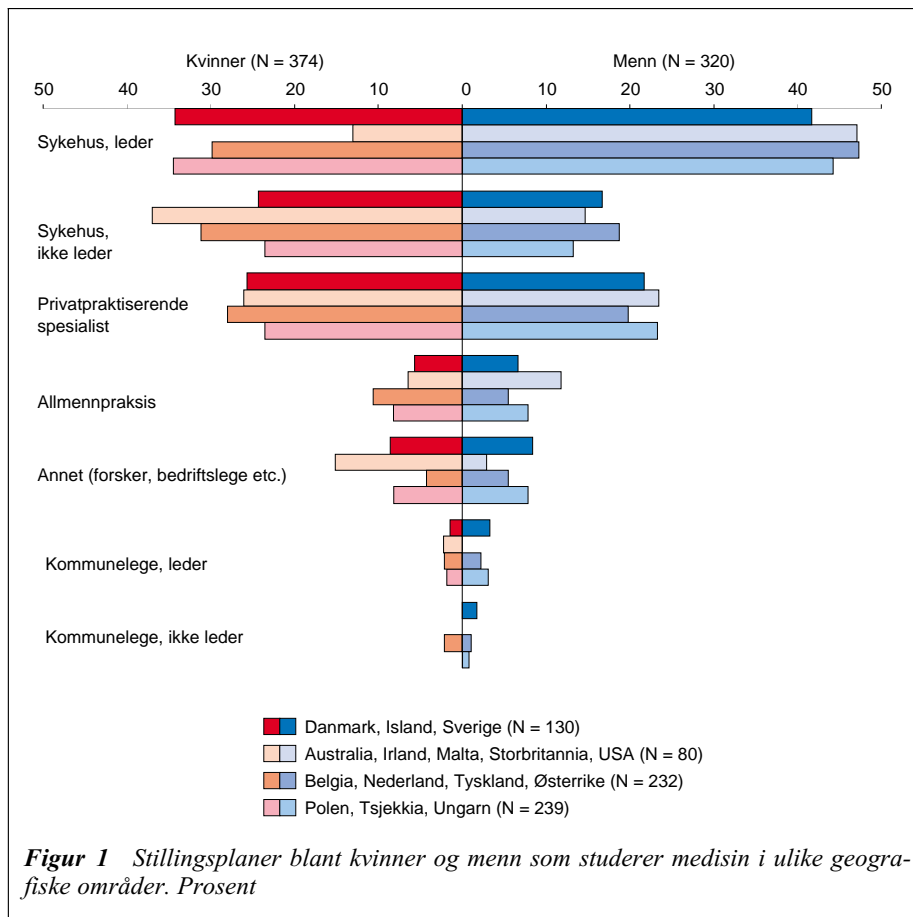
Det er tydelige forskjeller mellom kvinner og menn når vi ser på andelen som kan tenke seg over- og underordnede stillinger i sykehus. Det er i alle land, også i Norge, flere menn enn kvinner som ønsker seg legestilling med lederansvar, men forskjellene er størst i engelskspråklige land. Samlet kan 30 % av de kvinnelige og 45 % av de mannlige utenlandsstudentene tenke seg en lederstilling i sykehus, mens 2–3 % kan tenke seg ledende stilling i kommunehelsetjenesten. Tilsvarende tall for studentene i Norge er 20 % og 40 %, men her kan i tillegg nesten 4 % av mennene og 10 % av kvinnene tenke seg en lederstilling i kommunehelsetjenesten.

Spesialiseringer

Figur 2 viser hva studentene angav som preferanse i forhold til fremtidig spesialitet, slått sammen i seks spesialitetsgrupper. Om lag to tredeler fordeler seg på kirurgiske og indremedisinske fag. Det er relativt få som ønsker å spesialisere seg innen allmennmedisin, og svært få som kan tenke seg psykiatri, samfunnsmedisin eller laboratoriemedisin. Forskjeller i spesialitetspreferanser mellom studenter i ulike land er relativt små, mens det er tydelige forskjeller mellom kvinnelige og mannlige studenter.

Ser vi på enkeltspesialiteter, finner vi at barnesykdommer er mest populært og er første preferanse blant 10,4 % av studentene, tett fulgt av allmennmedisin med 10,0 %, indremedisin med 9,3 % og generell kirurgi med 9,1 %. Blant studentene i Norge som i 1997 akkurat hadde begynt i klinikken, var den mest populære enkeltspesialiteten allmennmedisin (21,7 %), fulgt av barnesykdommer (8,9 %) og psykiatri (7,3 %). Slår vi sammen hovedspesialitet og grenspesialiteter er det blant utenlandsmedisinene kirurgi som rekrutterer best med 24,1 %, mens 18,2 % av studentene kan tenke seg en indremedisinsk spesialitet. Tilsvarende tall for studentene i Norge er henholdsvis 13,3 % og 5,5 %.

Vi spurte også om hvilke spesialiteter studentene ikke kunne tenke seg. Her var det 13,1 % som svarte arbeidsmedisin/yrkesmedisin, fulgt av geriatri (10,4 %) og biokjemi (8,8 %). Blant studentene i Norge var det



Figur 1 Stillingsplaner blant kvinner og menn som studerer medisin i ulike geografiske områder. Prosent

plastikkirurgi som var minst populær (14,1 %) fulgt av patologi (11,6 %) og geriatri (6,1 %).

Fremtidig arbeidstid

Studentene ble bedt om å indikere hvor mange timer i uken de kunne tenke seg å bruke på jobben som lege. Også på dette området er forskjellene mellom kvinner og menn mer markante enn forskjellene mellom land. Dobbelt så mange menn som kvinner kan tenke seg arbeidsuker på mer enn 50 timer (30 % mot 15 %).

Utenlandsstudentene skiller seg fra dem som studerer i Norge ved at de ønsker å arbeide mer. Blant studenter i Norge som var halvveis i studiet i 1996, ønsket kun 11 % av mennene og 2 % av kvinnene å arbeide mer enn 50 timer per uke.

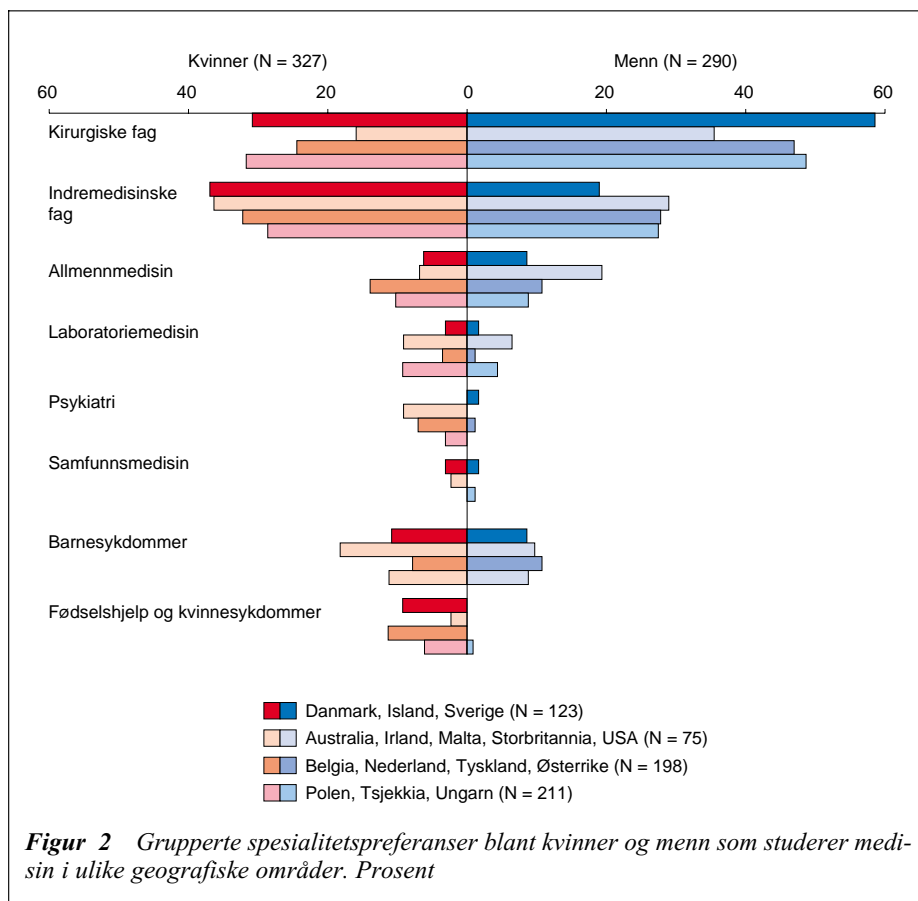
Motivasjon for karrierevalg

De fem motivasjonsvariablene *defensiv*, *aktiv*, *helhetlig*, *karriereorientert* og *distansert* beskriver hvilke forhold studenten særlig vil legge vekt på ved fremtidige karrierevalg. Som vist i en tidligere studie beskriver disse variablene til en viss grad hva slags lege studenten regner med å bli (6). Vi har foretatt fem lineære regresjonsanalyser, der effekten av kjønn og studiested på hver av motivasjonsvariablene beregnes. Tabell 1 viser at utenlandsmedisinere, og særlig de som studerer i Øst-Europa, er mindre opptatt av å

unngå vanskelige eller farlige situasjoner (lave på *defensiv*) enn de som studerer i Norge. Bortsett fra dem som studerer i engelskspråklige land er de også mindre opptatt av lønn og karrieremuligheter (lave på *karriereorientert*), og mindre opptatt av forskning og medisinske samfunnsmessige betydninger (lave på *distansert*). Vi ser også at de som studerer i andre skandinaviske land i størst grad liker utfordringer og krevende situasjoner (høye på *aktiv*), og at de som studerer i engelskspråklige land er mer opptatt av å ha god tid til pasienter og familie (høye på *helhetlig*).

Personlighet

Som det fremgår av figur 3 skårer både kvinnelige og mannlige utenlandsstudenter lavere enn tilsvarende grupper i Norge på *realitetssvakhet*. *Sårbarhet* er omtrent lik blant mannlige studenter i Norge og kvinnelige studenter i utlandet, mens kvinnelige studenter i Norge og mannlige i utlandet utgjør signifikant forskjellige ytterpunkter med henholdsvis høye og lave verdier her. På dimensjonen *kontroll* er det ingen forskjell, mens utenlandsstudentene ligger noe høyere på *intensitet*. Samlet kan en derfor hevde at utenlandsstudentene personlighetsmessig synes noe mer robuste enn studentene i Norge, i og med at de er lavere både på *realitetssvakhet* og *sårbarhet*, to dimensjoner som er typiske «mestringsdimensjoner».



Figur 2 Grupperte spesialisitetspreferanser blant kvinner og menn som studerer medisin i ulike geografiske områder. Prosent

Bruk av tobakk og alkohol

Som det fremgår av figur 4 er over 30 % av dem som studerer i mellom- og østeuropeiske land, og over 20 % av de som studerer i skandinaviske og engelskspråklige land dagligrøykere, mens medisinstudenter i Norge røyker vesentlig mindre.

Figur 5 viser at kvinnelige utenlandsstudenter har omtrent samme AUDIT-skåre som mannlige medisinstudenter i Norge, mens de mannlige utenlandsstudentene ligger vesentlig over. Ser vi på andelen studenter som skårer 8 eller mer, er den for kvinner 12 % (95 % konfidensintervall 9–15 %) og for menn 21 % (17–26 %). Tilsvarende tall for medisinstudenter i Norge i 1996 var i 1997 3 % (1–7 %) for kvinner og 14 % (9–20 %) for menn.

Diskusjon

Utvalg og data

En svarprosent på 63 er lavere enn det som er vanlig i norske undersøkelser av leger eller medisinstudenter, men ikke lavere enn det man ofte ser i undersøkelser fra andre land. Den viktigste grunnen til en såpass lav svarprosent er nok at spørreskjemaene av tekniske grunner måtte sendes til studentenes adresse i Norge, for så å bli videregitt eller besvart mens studenten var på besøk hjemme. Videre er det grunn til å anta at en del av dem som er registrert som medisinstudenter i Lånkassen, ikke har kommet ordentlig i gang med studiet, og av den grunn unnlater å svare. Dermed kan det være en viss seleksjon av respondenter i retning av «de flinkeste». Når det gjelder de kom-

parative dataene fra studentene i Norge, er disse som nevnt fra en spesiell kohort, dvs. at alle studentene har kommet omtrent like langt i studiet. Utenlandsstudentene representerer derimot et gjennomsnitt av alle studentene, inkludert noen ferske og noen som er nesten ferdige. Dette vil nødvendigvis påvirke svarmønsteret i forhold til spesialitets- og jobbpreferanser, men kanskje ikke fullt så mye i forhold til motivasjon. Personlighetsdata regnes for å være rimelig konstante over tid, så her skulle verken studietid eller det faktum at det er fem år mellom tidspunktene for datainnsamling, være avgjørende.

Det er mindre markante forskjeller i karriereplaner mellom utenlandsstudenter i ulike studieland enn mellom utenlandsstudentene og dem som studerer i Norge. Blant utenlandsstudentene er det en høyere andel som tar sikte på lederstillinger i sykehussektoren, og det er flere som ønsker å gå inn i prestisjefylte spesialiteter som kirurgi. Andelen som ønsker å arbeide i primærhelsetjenesten og spesialisere seg innenfor psykiatri, samfunnsmedisin eller laboratoriemedisin er lavere blant utenlandsstudentene enn blant dem som studerer i Norge. Blant studentene i Norge var den mest populære spesialiteten ved halvgått studium (1997) allmenntmedisin med 21,7 %, fulgt av barnesykdommer (8,9 %) og psykiatri (7,3 %). Dersom utenlandsstudentene holder fast ved sine preferanser, vil de derfor neppe bidra vesentlig til å løse rekrutteringskrisen innenfor disse fagområdene. Endelig beslutning om karrierevalg ligger imidlertid flere år frem i tid for de fleste studentene, og de kan utvilsomt endre preferanser underveis. De norske dataene tyder imidlertid på at selv om stillings- og spesialisitetspreferanser i studietiden er ustabile på individnivå, er de relativt stabile på gruppenivå (6). Vi har tidligere vist at både egen familiesituasjon, f.eks. hvorvidt man har barn eller ikke, og oppfatninger om medisinsens rolle i samfunnet, påvirker studentenes spesialisitetspreferanser. Det er også påvist et prestisjehierarki i forhold til medisinske spesialiteter (13), noe som avspeiles i studentenes preferanser.

Norske medisinstudenter i utlandet vil være påvirket både av kulturelle strømninger i hjemlandet og i studielandet, ettersom

Tabell 1 Effekt av kjønn og studiested på de fem motivasjonsvariablene. Standardiserte regresjonskoeffisienter (β) og t-verdier. Referanse er kvinnelig medisinstudent i Norge. Alle effekter med t-verdi $\geq 1,96$ er statistisk signifikante ($p < 0,05$)

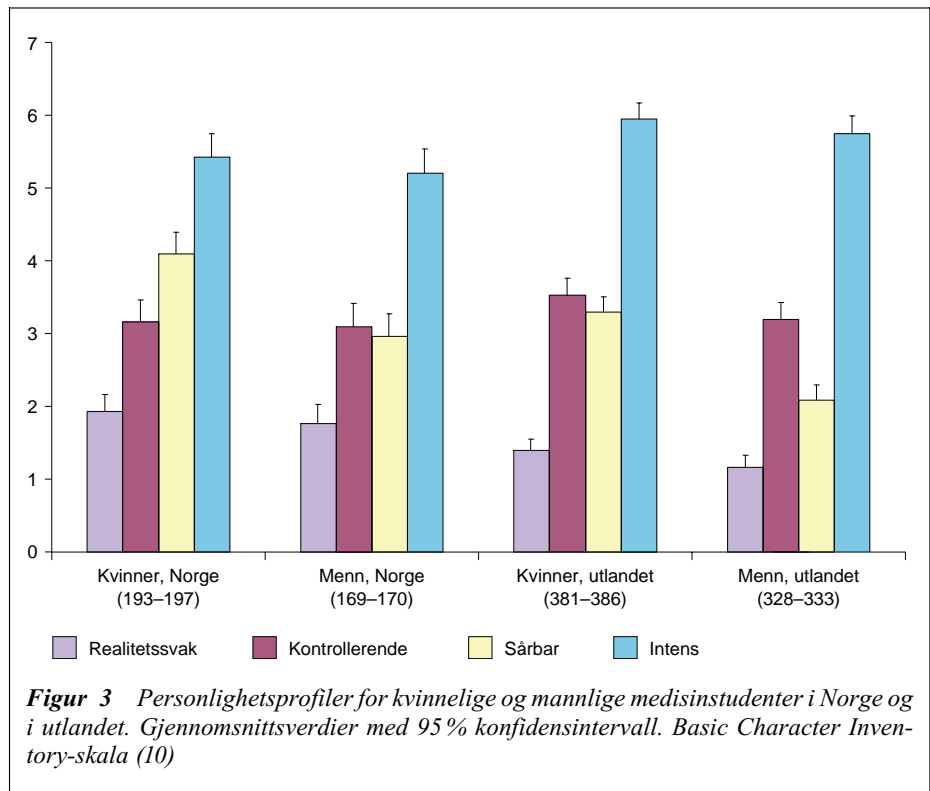
	Defensiv		Aktiv		Helhetlig		Karriereorientert		Distansert	
	β	t	β	t	β	t	β	t	β	t
Mann	-0,164	-5,57	0,272	9,36	-0,166	-5,59	0,075	2,48	-0,038	-1,31
Studieland, gruppert										
Skandinavia	-0,090	-2,83	0,072	2,28	0,004	0,13	-0,078	-2,39	-0,227	-7,17
Engelskspråklig	-0,043	-1,40	-0,029	-0,95	0,066	2,10	0,009	0,28	-0,042	-1,38
Mellom-Europa	-0,075	-2,28	0,072	0,45	-0,007	0,13	-0,077	-2,28	-0,211	-6,44
Øst-Europa	-0,207	-6,26	-0,001	-0,05	-0,041	-1,22	-0,089	-2,62	-0,239	-7,30

de fleste ofte jobber som vikarer eller praktikanter ved norske sykehus i løpet av studietiden. Oppfatninger om legerolle, etiske spørsmål og helsepolitikk kan bli preget av studielandets kultur, bl.a. fordi studietiden for de fleste faller sammen med ungdomsår som er avgjørende for utforming av identiteten. Det er f.eks. vist at norske legers holdning til eutanasi er relatert til om de har studert i utlandet eller i Norge (14).

Forskjellene i motivasjonsvariablene er interessante, og reflekterer muligens medisinsk tradisjon i forskjellige deler av verden. Kanskje er det ikke tilfeldig at medisinstudenter i Norge er mer opptatt av defensiv medisin og samfunnsmedisin enn norske medisinstudenter i utlandet, dette kan henge sammen med både hva som er på pensum og på den den helsepolitiske dagsorden generelt.

Det kan synes som om det er en viss diskrepans mellom at flere utenlandsmedisinere kan tenke seg ledende stilling, særlig i sykehus, samtidig som de skårer lavere på motivasjonsvariabelen *karriereorientert*. Dette kan forklares med at karrierevariabelen primært fanger opp den faglige interessen, jf. spørsmålene om gode faglige karrieremuligheter og interessant fagfelt (tekstboks 1).

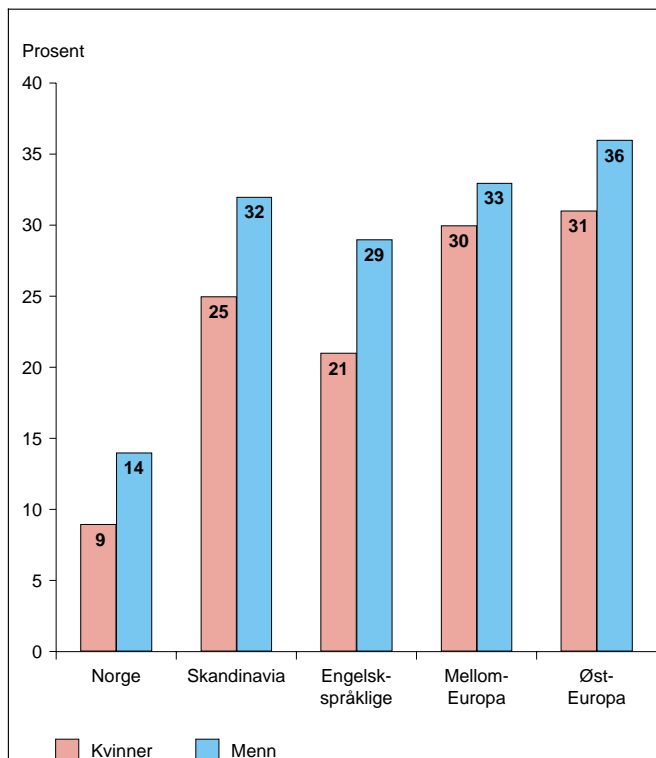
Personlighetsprofilene, slik de er målt med BCI, viser interessante forskjeller mellom innenlands- og utenlandsstudenter. Her bør det understrekes at det ikke dreier seg om patologi eller personlighetsforstyrrelser,



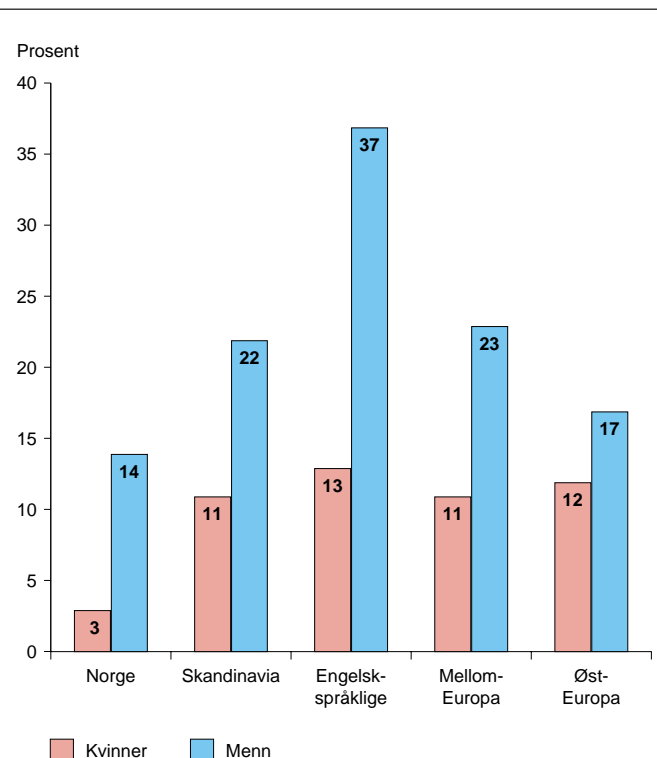
Figur 3 Personlighetsprofiler for kvinnelige og mannlige medisinstudenter i Norge og i utlandet. Gjennomsnittsverdier med 95% konfidensintervall. Basic Character Inventory-skala (10)

men om hvordan forskjeller fordeler seg innenfor et normalområde. Når utenlandsmedisinerne skårer signifikant lavere på sårbarhet og realitetssvakhet må dette oppfattes

som om det blant dem er færre studenter med slike trekk. Sagt på en annen måte ser det ut som om de er mer robuste. Dette kan kanskje forklares med at det kreves mot,



Figur 4 Prosent dagligrøykere blant kvinner og menn. Norske medisinstudenter i utlandet (1998, N = 739) og medisinstudenter ved norske universiteter (1997, N = 373)



Figur 5 Prosent som skårer 8 eller høyere på AUDIT (alkoholrisiko) blant kvinner og menn. Norske medisinstudenter i utlandet (1998, N = 730) og medisinstudenter ved norske universiteter (1997, N = 370)

selvstendighet og besluttsomhet å velge å studere ute, man blir ikke tatt så godt vare på som her hjemme. Det skal svært mye til at en student i Norge avbryter studiet, mens dette slett ikke er uvanlig i utlandet. De som allerede har falt fra er jo ikke med i vårt materiale, og det kan som nevnt også tenkes at en del av dem som vurderer å slutte, valgte å la være å svare på spørreundersøkelsen. Dermed får vi en personlighetsmessig positiv seleksjon blant utenlandsmedisinerne.

Det er tankevekkende at utenlandsstudentene har et så mye høyere forbruk av tobakk og alkohol enn de som studerer i Norge. Dette avspeiler sikkert også viktige kulturforskjeller, og at studentene tilpasser seg lokale skikker. Men det er ikke gitt at utenlandsmedisinerne vil holde på sine drikke- og røykevaner når de returnerer til Norge. Data fra 1993 fra et representativt utvalg på 910 yrkesaktive leger viser ingen forskjell i AUDIT-skåre mellom leger som er utdannet i Norge og leger som er utdannet i utlandet (Legekårsundersøkelsen, upubliserte data). Dette bekrefter hva en rekke alkoholepidemiologiske studier viser, nemlig at drikkevaner først og fremst bestemmes av miljøets «fuktighet» (15, 16).

Når det gjelder røyking, var det i 1993 en liten overvekt av dagligrøykere blant leger

som hadde studert i utlandet, 14 % mot 12 %, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Det er også noen flere utenlandsmedisiner som har sluttet å røyke, 25 % mot 19 % (Legekårsundersøkelsen, upubliserte data).

Litteratur

1. Legeregisteret, september 2000. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
2. Brandt E. Minervas sønner og døtre. Kandidater fra universiteter og høyskoler 1890–1979. Oslo: NAVFs utredningsinstitutt, 1986.
3. Norske elever og studenter i utlandet 1999–2000. Oslo: Statens lånekasse for utdanning, 2000.
4. St.meld. nr. 19 (1996–97). Om studier i utlandet.
5. Wiers-Jenssen J, Vaglum P, Ekeberg Ø. Komende legers karriereplaner. Ambisjonsnivå og spesialiseringsplaner blant medisinstudenter. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2807–11.
6. Wiers-Jenssen J, Aasland OG. Endring i medisinstudenters karrierepreferanser under første del av studiet. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2858–64.
7. Kværner K, Aasland OG, Botten G. Female medical leadership: cross sectional study. BMJ 1999; 318: 91–4.
8. Gjerberg E. Medical women – towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. Soc Sci Med 2001; 52: 331–43.
9. Aasland OG, Olff M, Falkum E, Schweder T, Ursin H. Health complaints and job stress in Nor-

wegian physicians. The use of an overlapping questionnaire design. Soc Sci Med 1997; 45: 1615–29.

10. Torgersen S. Hereditary-environmental differentiation of general neurotic, obsessive and impulsive hysterical personality traits. Acta Genet Med Gemellol 1980; 29: 193–207.

11. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption -II. Addiction 1993; 88: 791–804.

12. Aasland OG, Amundsen A, Bovim G, Fauske S, Mørland J. Identifisering av pasienter med risiko for alkoholskader. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 1523–7.

13. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127–33.

14. Førde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia – attitudes and practice among Norwegian physicians. Soc Sci Med 1997; 45: 887–92.

15. Edwards G, Anderson P, Babor T, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N et al. Alcohol policy and the public good. Oxford: Oxford University Press, 1994.

16. Holder HD, Giesbrecht N, Horverak Ø, Nordlund S, Norström T, Olsson O et al. Potential consequences from possible changes to Nordic retail alcohol monopolies resulting from European Union membership. Addiction 1995; 90: 1603–18.

○

Verdens største epidemi



World Bank

Curbing the epidemic

Governments and the economics of tobacco control. 122 s, tab, ill. Washington D.C.: The World Bank, 1999. Pris USD 25
ISBN 0-8213-4519-2

De to første setningene i denne lille boken lyder slik: «Smoking already kills one in 10 adults worldwide. By 2030, perhaps a little sooner, the proportion will be one in six, or 10 million deaths per year – more than any other single cause.»

Boken er skrevet for politiske myndigheter, men den har også et klart budskap til leger. Den er resultatet av et samarbeid mellom Verdens helseorganisasjon og Verdensbanken. Utgangspunktet er at nikotin er sterkt vanedannende, og derfor er det så vanskelig å slutte å røyke at 98 % av vanlige røykere som prøver å slutte har begynt igjen innen ett år. Det betyr at forebygging er den eneste veien.

Boken starter med et kapittel om de globale trendene. Ca. en av tre voksne i verden røyker, og utviklingen er klar: Epidemien startet hos menn i de velstående land, spred-

te seg til kvinnene i disse landene og videre til menn i de fattige land. Forbruket øker på verdensbasis, og det er en klar sosial gradient: Røyking er hyppigere blant mennesker med kort utdanning og lav inntekt. Røykingen starter tidlig i livet, som regel i tenårene.

Neste kapittel beskriver helsekonsekvensene, som er velkjente for leger. Tobakken har skylden for to tredeler av overdødeligheten hos dem som har liten utdanning og står lavt på samfunnsstigen.

Tredje kapittel diskuterer spørsmålene om røykerne fullt ut forstår risikoen når de velger å begynne, og om de selv bærer alle kostnadene. Siden røykerne begynner så tidlig i livet og latenstiden før sykdom kommer er så lang, er det få som forstår risikoen. Dette øker selvfølgelig samfunnets ansvar. Spørsmålet om røykerne selv bærer alle kostnadene, er komplisert og antakelig uløselig.

Resten av boken handler om midlene i kampen om tobakken. Det er tre hovedlinjer: å øke avgiftene og dermed prisene, å øke informasjonen og alle tiltak mot røyking, og å støtte røykere som vil slutte. Boken drøfter problemene med de enkelte tiltakene og argumenterer for å kombinere midlene.

Boken er skrevet med en forbilliglig knapp og klar stil. Figurer, tabeller og register er utmerket. Den har gjort et overveldig inntrykk på meg, ikke minst fordi de moralske sidene ved tobakken blir så tydelige: Tobakken er et overgrep mot de unge og de fattige i verden. Den bør leses av samfunnsmedisinere og politikere.

Peter F. Hjort
Sandvika