



Mellom Kádár-stat og kultursamfunn

Budapest er en kulturby av et annet format enn det vi er vant med fra småby og fotballbygd på Vestlandet: brede gater, monumentale bygninger, satsing på musikk og annen kultur. Flere besøk i operaen og på konserter viste oss at dette var tilbud som gav folkelig gjenklang. Det var stappfulle hus og priser som burde være overkommelige for enhver – 15 kroner for en operabillett på balkong. Til overdådig dekorerte innendørs badeanlegg kom folk for å mosjonere eller bare strekke ut etter en dag på jobb. Offentlig kommunikasjon hadde en standard og effektivitet som vi kan misunne ungarerne til priser som innbød til bruk. Eller hva skal man si om 3 kroner for en metrobillett? Dermed ble det færre biler, mer følelse av rom og plass i en vakker by.

Samtidig er Budapest en by der dystre minner fra den nære fortid sitter fast i veggene, i form av konkrete og høyst tilstedeværende kulehull. Vi vandret opp til plassen for helter, åsted for uro i 1956. Ved den sovjetiske invasjonen ble ca. 25 000 drept, 250 000 flyktet fra landet og kommunistlederne hadde ansvar for at en firedel av befolkningen havnet i arkivene til sikkerhetspolitiet. Hvilke spor setter dette i en folkesjel?

I oktober drog vi til Budapest. Der besøkte vi norske medisinstudenter ved universitetet Semmelweis og skaffet oss et inntrykk av undervisningen i allmennmedisin.

Nær 500 nordmenn studerer for tiden medisin ved fire ulike universiteter i Ungarn, og om lag 90 av dem holder til ved universitetet Semmelweis i Budapest. De studentene vi besøkte, hadde startet på femte året. Da de begynte på det engelskspråklige kurset drøye fire år tidligere, hadde de vært 27 nordmenn. Nå var de om lag halvparten, og bare ti av dem hadde kommet seg i gang med tredje året uten å måtte ta opp igjen et år eller av andre grunner hatt et hvileår.

De beskrev de to årene i preklinikken som meget harde, både faglig og pedagogisk. Mange hadde hatt et tøft møte med barske lærere som viste liten forståelse overfor stu-

denter som ikke kunne stoffet på rams. Det var ikke alle som hadde taklet dette like godt. I motsetning til den problembaserte pedagogikken som nå praktiseres i Norge, møtte Budapest-studentene harde krav om innpugging av eksempelvis flere hundre biokjemiske strukturformler på rekke og rad, og på et vis som vi mente å dra kjensel på fra vår egen studietid.

Helt fra starten av studiet er det obligatorisk smågruppeundervisning ved siden av forelesningene. Studieåret er i praksis på 11 måneder med krav om en praksismåned i Norge hvert år i tre år. De færreste får derfor tid til å ta seg jobb den perioden de er i Norge og på den måten spe på studielånet. Det siste studieåret består av en rekke praksisperioder på ulike kliniske avdelinger i hjemlandet avbrutt av korte intensive eksamensperioder i Budapest.

Studiet foregår på engelsk. Studentene lærte seg relativt raskt å forstå lærernes litt varierende uttale, men ungarsk var vanskelig for dem, og det ble vel heller ikke lagt ned særlig mye arbeid i å lære språket. Bare et fåtall av de norske hadde fått ungarske venner. De vanket heller i sitt internasjonale studentmiljø, dominert av nordmenn, israelere og amerikanere. I sitt femte år mestret de fleste en del enkle spørsmål på ungarsk som de kunne stille til pasientene, men ikke særlig mer.



Pasient ved Semmelweis Hospital, Budapest. Begge foto P. Stensland/K. Nordby

Flere gav uttrykk for at språkproblemer og hyppige møter med rester av kommunistisk tenkesett og servicenivå, etter hvert opplevdes slitsomt. Administrasjonen kunne til tider virke tilfeldig. Eksempelvis kunne avtalte tider for eksamener bli omberammet på få dagers varsel. Men trivselen økte etter at de begynte på den kliniske del av studiet. Der møtte de lærere med holdninger som de følte var mer i overensstemmelse med deres egne forventninger når det gjaldt forholdet lærer-elev.

Fordi studentene opplevde studiet som så hardt og kulturen som så fremmedartet, gjorde de som innvandrere flest: dannet sine egne små grupperinger der samholdet var sterkt og trivselen god. Vi fikk et inntrykk av at de tross alt ikke angret på sitt valg av studiested. Men de var nokså forbeholdne med å ville anbefale studiestedet til andre. Studenter mente bestemt at hit burde man ikke dra rett fra norsk videregående, men minimum ha ett modningsår. Det var heller ikke dumt å ta et halvår med premedisinske fag ved det universitetet man skulle studere senere. Der ville man få en viss introduksjonsundervisning i kjemi og biologi, et snev av ungarsk, samt noe engelsk-medisinsk vokabular og også bli litt kjent med det ungarske systemet. Men Lånekassen dekker verken skolepenger eller studielån for et slikt premedisinår.

Færre konvolutter og magrere kår

Med litt strev hadde vi klart å få en avtale med professor i allmennmedisin, Tamas Riesz. Han tok vennlig og imøtekommende mot oss. Vi var interessert i å få vite hvordan studiet var lagt opp med tanke på å introdusere studentene til allmennpraksis. Professor Riesz fortalte at studentene fikk en kort introduksjon i første og fjerde studieår, til sammen et halvt semester. Dette gjaldt likevel ikke for deltakerne ved det engelskspråklige programmet; de fortalte at de inntil femte studieår ikke hadde hørt om det allmennmedisinske feltet.

Riesz fortalte at levevilkårene for leger i Ungarn var vanskelige. Unge studenter som ville sikre seg en rimelig god fremtid burde heller satse på økonomifagene; da kom de mye lettere opp på et lønnsnivå der de fikk råd til mobiltelefon, privatbil og slike ting som han mente representerer et rimelig godt liv. En sykehuslege tjener fra 50 000 stigende til 80 000 forinter per måned (om lag 1600–2600 kroner), og har rikelig med

ubetalt overtid. En allmennlege tjener rundt 120 000 forinter per måned (om lag 3 900 kroner). Med økende privatisering har allmennpraksis fått større status og blitt mer populært. Populære praksiser i byene er mer ettertraktet enn en sykehusjobb. En allmennpraksis i Budapest omsettes for 6–18 millioner forinter (200 000–600 000 kroner). Et slikt økonomisk løft klarte ikke en lege alene, og det var ganske vanlig at familien så på et slikt kjøp som en felles oppgave for storfamilien.

Få leger vil til distriktene, men de som drog dit var spesielt motiverte. I en spørreundersøkelse svarte 20 % av legene at de ville valgt et annet yrke om de skulle valgt på nytt, mens ingen av landsbylegene ville valgt annerledes. Professor Riesz hadde to forklaringer: Legene opplever å ha høy anseelse i landsbyene og landsbylegene hadde et mer positivt forhold til yrket.

De beste studentene gikk ofte rett fra studiet til legemiddelindustrien, der tjente de fem ganger vanlig legegønn, hadde fri bil og fri mobiltelefon. Den som disponerte en sentral leilighet nær sentrum som kunne leies ut til utenlandske studenter, var fort sikret en ekstra inntekt på tre-fire tusen kroner.

Tidligere var det tradisjon for ekstrabetalning både ved sykehus og i allmennpraksis. Å motta en konvolutt fra pasienten på slutten av konsultasjonen var nærmest normalt. Flere av de norske studentene hadde «lagt igjen en konvolutt» ved sine legekonsultasjoner i Budapest. Med hardere livsbetingelser for folk flest var det blitt færre «konvolutter» i allmennmedisin, men tradisjonen hadde holdt seg i sykehus.

Dekretbasert læring

Sovjettroppene forsvant i 1991, men dekretenes tid var ikke forbi. I 1993 var myndighetene bekymret for at allmennpraksis var blitt ren henvisningspraksis med lav status. De utfordret derfor et dekret om at alle de 7 000 allmennlegene i Ungarn innen seks år skulle ha tatt en eksamen som sertifisering for å kunne fortsette som lege. Dette ble gjennomført ved hjelp av streng organisering av et oppdateringsprogram for eldre allmennpraktikere og et nytt videreutdanningsprogram for nye i faget.

Utdanningsprogrammet består av 27 måneder ved ulike sykehusavdelinger etter en fast plan etterfulgt av en teoretisk eksamen. Med denne eksamen oppnår man en lisens til å kjøpe seg inn i eller drive en praksis der man de påfølgende tre år må ha en veileder. Denne veilederen kunne være kompanjong eller en allmennpraktiker i omegnen. I disse tre årene måtte det gjennomføres en rekke spesifiserte kurs.



Professor i allmennmedisin Tamas Riesz og amanuensis Aranka Kertesz

Alle allmennpraktikere må nå resertifiseres hvert 5. år. Foreløpig har man ingen erfaring med hvordan dette regelverket skal praktiseres da ordningen ikke har bestått så lenge. Resertifiseringen baseres på et visst antall poeng per år hvorav snaut halvparten opparbeides ved å arbeide i praksis.

Med innføringen av utdanningsreformen har allmennlegenes portvaktfunksjon økt. Myndighetene har oppfattet at allmennlegene undersøker og vurderer mer før innleggelse. Det er derfor på trappene å innføre prosedyretekster for å oppfordre til denne type praksis. Som spesialist fikk man ikke høyere lønn, men «konvoluttene» ble tykkere og hyppigere.

Det var merkelig å oppleve at en person som beskrev forholdene som så vanskelige, samtidig hadde et slikt pågangsmot. Med en liten stab på seks personer hadde han stått for organiseringen av dette svære videre- og etterutdanningsprogrammet for i alt 7 000 leger i løpet av noen ganske få år. Han kalte inn sin amanuensis, dr. Aranka Kertesz, en blid og smilende dame som serverte kaffe og kaker mens professoren bekymret så fremover: «Vi er et lite land med et svært demografisk problem: I dag er vi ti millioner ungare, men om ti år antar man at det er bare åtte millioner igjen fordi vi har en gammel befolkning. Dermed blir det et stort og vanskelig nasjonalt spørsmål om man skal tillate svær innvandring fra øst og sør. Dette livet er hardt både for leger og befolkning, men tro meg – det er hardere i Romania og i Ukraina – der er det skikkelig ille! Så det er nok mange som er villige til å komme likevel.»

Hvem skal utdanne norske leger?

Etter møtet gikk vi ut på sykehusområdet og fikk sterke assosiasjoner til Ullevål sykehus – de samme type brune mursteinsbygninger som vi erindret fra vår egen studietid for 30 år siden, bare litt mer tettbygd og konsentrert; pasienter i slåbrokker og helsepersonell som hastet målbevisst av sted. Vi tok en taxi til jernbanestasjonen og satte oss ned på den lokale McDonald's og sorterte inntrykkene.

Over 30 % av de 17 000 yrkesaktive legene i Norge har studert i utlandet (1). For tiden studerer 1 800 nordmenn medisin i utlandet og 3 000 i Norge. Et nytt trekk de siste åtte årene er økningen fra 80 til nær 900 medisiner i Ungarn, Polen og Tsjekkia (2). Det er krevende å reise ut og studere under til dels vanskelige forhold. Undersøkelser indikerer at utenlandsmedisinene personlighetsmessig virker mer robuste enn dem som studerer medisin i Norge og i større grad kan tenke seg stillinger der risikoen for å gjøre feil er høy (2). Vi tror det er viktige egenskaper i dagens medisinske Norge.

Lærerne vi hadde møtt var både energiske og vennlige. Vi fikk inntrykk av at de måtte kunne inspirere studenter, og at de selv også hadde latt seg inspirere av møtet med vestlige studenter. Men det medisinske utdanningssystemet i Ungarn syntes tilråskommert sammenliknet med de mer problembaserte studieopplegg. Grunnutdanningen preges av en tenkning som moderne medisinske studieplaner er på vei bort fra. Ved de nye studiestedene i Øst-Europa er det også et problem at fullverdig kommunikasjon med pasientene under den kliniske del av studiet ikke lar seg gjennomføre uten bruk av tolk. I denne situasjonen blir praksisperiodene i hjemlandet siste studieåret svært viktige.

Studentutveksling mellom øst og vest er et gode. Men det bør gjøres vurdering av hvor, hvordan og hvor mange norske leger vi skal utdanne i fremtiden.

Vi så på hverandre, der satt vi på McDonald's og bekymret oss for fremtiden slik halvgamle menn pleier å gjøre. Satt vi ikke her ved bordet og var på nippet til å begynne en svær debatt om at Norge kanskje fikk for mange leger i fremtiden og om alt som da kunne skje? Vi tok en kaffe til og bestemte oss heller for å kjøpe togbilletter til Bratislava – vi hadde tross alt ferie!

Kjell Nordby

Legesenteret
Storgaten 12
6413 Molde

Per Stensland

Klippavegen 12
6856 Sogndal

Litteratur

1. Jacobsen G, Bovim G. Norske medisinstudenter i utlandet. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1668.
2. www.legeforeningen.no/index.db?id=1455 (20.1.2002).

○