
Kortvarig hospitering må planlegges nøye

KRONIKK

ANNE KVEIM LIE

a.h.k.lie@medisin.uio.no

Anne Kveim Lie er professor ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MEKDES GEBREMARIAM

Mekdes Gebremariam er førsteamanuensis ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HANNE OCHIENG LICHTWARCK

Hanne Ochieng Lichtwarck er postdoktor ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ELIA MMBAGA

Elia Mmbaga er førsteamanuensis ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREA SOLNES MILTENBURG

Andrea Solnes Miltenburg er førsteamanuensis ved Avdeling for samfunnsmedisin og global helse, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Medisinstudenters opphold i lav- og mellominntektsland må skje under gjensidig forpliktende og likeverdige partnerskap – og ikke som klinisk turisme.

Vår tids største utfordringer er globale: klima- og miljøproblemer, antibiotikaresistens og infeksjonssykdommer. De har alle til felles at de ikke kjenner grenser og at de rammer skjevt. Globaliseringen knytter oss alle tettere sammen, og helse må forstås, håndteres og forebygges i et globalt perspektiv. Det er derfor vårt felles ansvar og i vår felles interesse å styrke undervisningen i global helse på de medisinske fakultetene.

Mange studenter ønsker å hospitere ved en helseinstitusjon i lav- og mellominntektsland. Det kan gi viktig læring, men kan også være skadelig. Alle forfatterne av denne teksten hadde som student opphold i land som var svært annerledes enn det vi selv kom fra. For oss har det gitt viktig erfaring og kunnskap om sosial ulikhet i helse, urettferdig fordeling av makt og ressurser og hvilken betydning helsesystemet har. Viktigheten av internasjonal studentmobilitet på individnivå, på lærestedsnivå og på samfunnsnivå har også blitt fremhevet av myndighetene [\(1\)](#).

Hospitering kan gi vesentlig kunnskap

De siste 20 årene har hospitering og utveksling til lav- og mellominntektsland (LMIC) blitt et stadig vanligere tilbud internasjonalt [\(2, 3\)](#). I 2016 tilbød 140 av 145 amerikanske medisinske universiteter internasjonale, elektive LMIC-kurs [\(4\)](#).

«Vi mener det er viktig for de medisinske fakultetene i Norge å legge til rette for utveksling, men under visse forutsetninger»

Vi mener det er viktig for de medisinske fakultetene i Norge å legge til rette for utveksling, men under visse forutsetninger. Det må foregå under forsvarlige forhold og innenfor et pågående likeverdig partnerskap. Global helseundervisning som inkluderer et opphold i lav- og mellominntektsland, kan styrke studentenes kliniske kompetanse, gi dem verdifull erfaring med arbeid i lavinntektssettinger, øke deres kunnskap om sosiale helsedeterminanter, utvikle den kulturelle sensitivitet og kanskje til og med endre deres syn på verden [\(5, 6\)](#). Slik kompetanse og ferdigheter som sikrer at fremtidens leger kan tilpasse seg ulike arbeidsforhold, er nødvendig for arbeid i et flerkulturelt og globalt samfunn [\(5\)](#). Vertskapsinstitusjonene i lav- og mellominntektsland kan også få utbytte av dette gjennom gjensidige læringsmuligheter for ansatte og studenter og bidrag til kompetansebygging [\(6–8\)](#).

Den koloniale arven

De siste 5–10 årene har de ansvarlige revurdert sine utdanningsopplegg i global helse, i lys av de gjennomgripende endringene som har funnet sted i feltet [\(9–11\)](#). Det har i økende grad blitt klart at faget global helse i for stor grad har vært styrt av land i nord og at mye av forskningen og utdanningen har skjedd på våre premisser. Global helse bygger på en kolonial arv, idet faget springer ut av disiplinen «tropemedisin»,

frembrakt av kolonimaktens behov for å beskytte seg mot sykdommer i de landene de okkuperte (9, 11, 12). Europeiske akademiske institusjoner anerkjenner nå denne historisk skapte maktubalansen og har iverksatt initiativer for å skape samarbeid basert på kvalitet og langsiktige, likeverdige partnerskap (som for eksempel gjennom Africa-Europe Clusters of Research Excellence).

«Faget global helse har i for stor grad vært styrt av land i nord og mye av forskningen og utdanningen har skjedd på våre premisser»

I dag er global helse fremdeles preget av maktstrukturer og ulikhet som bygger på arven fra kolonitiden, der agendaen typisk settes av oss i det globale nord (12, 13). For mye av aktiviteten styres av høyinntektsland uten at det blir inngått reelle partnerskap med institusjoner og forskere i lav- og mellominntektsland (12). Det reduserer kvaliteten både på forskningen og utdanningen (14, 15). En slik praksis truer det som er fagets viktigste ambisjon, nemlig å bidra til likeverdig helse.

Kortvarig hospitering kan være uheldig

I utdanningssammenheng er man blitt oppmerksom på at kortvarig hospitering og utveksling i lav- og mellominntektsland kan være uheldig, og i verste fall bidra til skade (4, 16). Ved slik kortvarig hospitering, også kalt klinisk turisme, kan det være uklare skillelinjer mellom humanitært arbeid, utdanning og opplevelsesreise (17). Hospiteringen kan bidra til å opprettholde de samme fordommene og ulikhetene som aktører i global helse-feltet ønsker å motvirke (16, 18).

«Ved slik kortvarig hospitering, også kalt klinisk turisme, kan det være uklare skillelinjer mellom humanitært arbeid, utdanning og opplevelsesreise»

Hvis studentene mangler kunnskap om lokale kulturelle normer, kan de opptre støtende og skadelig mot pasienter (6). Hvis lærerne her hjemme målbærer en holdning om at de skal ut og redde verden (*white saviourism*) (19), og det preger deres kommunikasjon med vertspartnere, kan det forsterke studentenes fordommer. Det kan sementere den koloniale arven, om enn i andre former, at man bygger oppunder en motsetning mellom «oss» kunnskapsrike og ressurssterke i det rike nord som skal hjelpe «de andre», de fattige, i det globale sør, de som mangler kunnskap og ressurser og som trenger hjelp (20). I tillegg kan studentenes tilstedeværelse påvirke helsesystemer i vertskapslandene negativt ved å belaste for mye av vertskapsinstitusjonens tid, helsepersonell og ressurser, og dermed føre til at lokale helsearbeidere, studenter og pasienter fratras muligheter de ellers ville ha fått (2, 21). Forskning har vist at maktubalansen i global helse ofte fører til at hvite medisinstudenter fra rikere land inngår i praksiser som kan være direkte skadelige, for eksempel kan de bli satt til å utføre medisinske prosedyrer de hverken har erfaring med eller har nødvendige kvalifikasjoner eller ferdigheter til å utøve (17, 22).

Anbefalte tiltak for bærekraftig undervisning

Så hva skal vi gjøre? Det er vårt ansvar å sikre at undervisningen vi tilbyr i våre egne institusjoner sikrer den grunnkompetansen fremtidige norske leger må ha.

Medisinstudenter bør derfor bli kjent med den koloniale arven, hvordan det fortsatt preger vår nåtid og hvordan de som skal jobbe i lav- og mellominntektsland skal forholde seg til dette. Målet må være å skape refleksjon over egne privilegier, forståelse for urettferdigheten som ligger til grunn for ulikhet, men også opplevelsen av gjensidig læring.

Hvis man ønsker å tilby medisinstudenter utdanningsreiser til lav- og mellominntektsland, har avsenderlandet et stort ansvar for å sikre at slike avtaler bygger på gjensidighet og likeverdig partnerskap. Vertslandet bør også være med i eksplisitte diskusjoner om hva gjensidighet og likeverdighet innebærer i slike partnerskap. Et bærekraftig samarbeid reduserer faren for utnyttelse og klinisk turisme. Det gir rom for gjensidig nytteverdi for begge parter, og ikke bare til fordel for de norske studentene som reiser ut ([2, 8, 23](#)).

Under foreslår vi flere tiltak for norske medisinske fakulteter som ønsker å tilby medisinstudenter utdanningsreiser til lav- og mellominntektsland:

Avsenderlandet bør i samarbeid med vertslandet tilby kurs forut for reisen hvor studentene blir kjent med den koloniale arven, med sine forutinntatte holdninger, får økt kunnskap om kulturen og historien i landet de skal til, samt blir kjent med forskning og innovative tilnærminger og praksiser som blir produsert der ([9, 11, 13, 23](#)). Kurset bør også inneholde informasjon om helsesystemet lokalt og konteksten helsetjenesten drives innenfor (blant annet sosioøkonomiske rammer) ([24, 25](#)).

Veiledning og supervisjon bør gi rom for refleksjon rundt etiske dilemmaer som kan oppstå i dialog med lokale krefter. Studentene må støttes i deres utvikling av interkulturell kompetanse, kommunikasjonsferdigheter og utøvelse av respekt for andre kulturer og deres måte å praktisere medisin på ([4, 16, 25](#)).

Samarbeid om utdanningsreiser til lav- og mellominntektsland bør skje på bakgrunn av etablerte og likeverdige avtaler ([15, 18, 21–23, 26](#)). Avtalene kan med fordel bygges på allerede etablerte forskningsrelasjoner. Slik sikrer man seg at studentene opplever likeverdige relasjoner i vertsinstitusjonen og opplever at de kan lære av aktivitetene der.

Vertsinstitusjonen må tilføres midler for å frikjøpe lokalt personell til undervisning og oversettelseshjelp for å unngå situasjoner der studenter er til skade for lokalt helsepersonell og pasienter. Kurset og hospiteringen bør holdes på et nivå som samsvarer med studentenes nivå i studiet ([23](#)). Klinisk eksponering bør bare tilbys hvis det legges opp til utveksling etter at studentene har tilegnet seg tilstrekkelig klinisk kunnskap. Da kan også vertsinstitusjonene ha utbytte av dette og få dekket egne behov parallelt med undervisningen. Studenter fra vertskapsinstitusjonen bør også kunne besøke våre institusjoner, så utvekslingen blir gjensidig ([7, 8, 26, 27](#)).

«Klinisk eksponering bør bare tilbys hvis det legges opp til utveksling etter at studentene har tilegnet seg tilstrekkelig klinisk kunnskap»

Under disse forutsetningene bør utdanningsinstitusjoner tilby utdanningsreiser til utlandet. Slik kan man sikre inkluderende, rettferdig og god utdanning, redusere ulikhet i og mellom land og fornye globale partnerskap for bærekraftig utvikling i tråd med Agenda 2030 [\(28\)](#).

REFERENCES

1. Kunnskapsdepartementet. Meld. St. 7 (2020-2021). En verden av muligheter – internasjonal studentmobilitet i høyere utdanning. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20202021/id2779627/> Lest 4.10.2024.
2. Melby MK, Loh LC, Evert J et al. Beyond Medical "Missions" to Impact-Driven Short-Term Experiences in Global Health (STEGHs): Ethical Principles to Optimize Community Benefit and Learner Experience. *Acad Med* 2016; 91: 633–8. [PubMed][CrossRef]
3. Peluso MJ, Encandela J, Hafler JP et al. Guiding principles for the development of global health education curricula in undergraduate medical education. *Med Teach* 2012; 34: 653–8. [PubMed][CrossRef]
4. AAMC. Packing ethics into medical students' global health trips. <https://www.aamc.org/news/packing-ethics-medical-students-global-health-trips> Lest 2.7.2024.
5. de Zeeuw J, van de Kamp J, Browne JL. Medical schools should ensure and improve global health education. *Lancet* 2019; 394: 731. [PubMed][CrossRef]
6. Kraeker C, Chandler C. "We learn from them, they learn from us": global health experiences and host perceptions of visiting health care professionals. *Acad Med* 2013; 88: 483–7. [PubMed][CrossRef]
7. Lu PM, Mansour R, Qiu MK et al. Low- and Middle-Income Country Host Perceptions of Short-Term Experiences in Global Health: A Systematic Review. *Acad Med* 2021; 96: 460–9. [PubMed][CrossRef]
8. Kung TH, Richardson ET, Mabud TS et al. Host community perspectives on trainees participating in short-term experiences in global health. *Med Educ* 2016; 50: 1122–30. [PubMed][CrossRef]
9. Kulesa J, Brantuo NA. Barriers to decolonising educational partnerships in global health. *BMJ Glob Health* 2021; 6: e006964. [PubMed][CrossRef]
10. Rashid MA, Ali SM, Dharanipragada K. Decolonising medical education regulation: a global view. *BMJ Glob Health* 2023; 8: e011622. [PubMed][CrossRef]

11. Affun-Adegbulu C, Cosaert T, Meudec M et al. Decolonisation initiatives at the Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium: ready for change? *BMJ Glob Health* 2023; 8: e011748. [PubMed][CrossRef]
12. Kwete X, Tang K, Chen L et al. Decolonizing global health: what should be the target of this movement and where does it lead us? *Glob Health Res Policy* 2022; 7: 3. [PubMed][CrossRef]
13. Sayegh H, Harden C, Khan H et al. Global health education in high-income countries: confronting coloniality and power asymmetry. *BMJ Glob Health* 2022; 7: e008501. [PubMed][CrossRef]
14. Abimbola S. The foreign gaze: authorship in academic global health. *BMJ Glob Health* 2019; 4: e002068. [PubMed][CrossRef]
15. Nakanjako D, Kendall D, Sewankambo NK et al. Building and Sustaining Effective Partnerships for Training the Next Generation of Global Health Leaders. *Ann Glob Health* 2021; 87: 66. [PubMed][CrossRef]
16. Kamp Jvd. Tackling "Othering" by Reinventing International Medical Electives. I: Carlo B, Marcia Mocellin R, Lucia R, red. *Bioethics and Racism*. Berlin: De Gruyter, 2023: 165–90.
17. Wendland CL. Moral maps and medical imaginaries: clinical tourism at Malawi's College of Medicine. *Am Anthropol* 2012; 114: 108–22. [PubMed][CrossRef]
18. Adams LV, Wagner CM, Nutt CT et al. The future of global health education: training for equity in global health. *BMC Med Educ* 2016; 16: 296. [PubMed][CrossRef]
19. Khan T, Dickson K, Sondarjee M. *White Saviorism in international development: theories, practices and lived experiences*. Wakefield: Daraja Press, 2023.
20. Gullestad M. *Picturing pity: pitfalls and pleasures in cross-cultural communication: image and word in a North Cameroon mission*. New York, NY: Berghahn, 2007.
21. DeCamp M, Lehmann LS, Jael P et al. Ethical Obligations Regarding Short-Term Global Health Clinical Experiences: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med* 2018; 168: 651–7. [PubMed][CrossRef]
22. Crane J. Scrambling for Africa? Universities and global health. *Lancet* 2011; 377: 1388–90. [PubMed][CrossRef]
23. Garba DL, Stankey MC, Jayaram A et al. How Do We Decolonize Global Health in Medical Education? *Ann Glob Health* 2021; 87: 29. [PubMed][CrossRef]
24. Edwards R, Piachaud J, Rowson M et al. Understanding global health issues: are international medical electives the answer? *Med Educ* 2004; 38: 688–90. [PubMed][CrossRef]
25. Wendland CL. Health Electives in Africa and the Duty to Care in the Age of HIV/AIDS. *Virtual Mentor* 2010; 12: 218–24. [PubMed]

26. Renaud-Roy E, Bernier N, Fournier P. Host perspective on academic supervision, health care provision and institutional partnership during short-term electives in global health. *Med Educ* 2020; 54: 303–11. [PubMed][CrossRef]
 27. Erikson SL, Wendland C. Exclusionary practice: medical schools and global health clinical electives. *BMJ* 2014; 348: g3252. [CrossRef]
 28. United Nations. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. <https://sdgs.un.org/2030agenda> Lest 4.1.2024.
-

Publisert: 5. desember 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0376

Mottatt 2.7.2024, første revisjon innsendt 22.9.2024, godkjent 4.10.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.