

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Korrespondance: Anne Rytter Hansen, Frederiksborggade 52, 4., DK-1360 København K. E-mail: annerytterhansen@hotmail.com

Antaget: 10. januar 2006  
Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. WHO. International migration, health & human rights. Health & Human Rights Publication Series No. 4. Genève: World Health Organization, 2003.
2. Flygtninge fordrufter efter asylafslag. DR Nyheder 25. juli 2004. [www.dr.dk/nyheder/indland/article.jhtml?articleID=186517](http://www.dr.dk/nyheder/indland/article.jhtml?articleID=186517) /aug 2005.
3. Flere skjuler flygtninge. Dagbladet arbejderen 27. juli 2004. [www.arbejderen.dk/index.aspx?R=2&S\\_ID=36&F\\_ID=18381&mode=\]](http://www.arbejderen.dk/index.aspx?R=2&S_ID=36&F_ID=18381&mode=]) /aug 2005.
4. The International Committee for Human Rights. Discrimination. [www.ichr-law.org/english/expertise/areas/discrimination.htm](http://www.ichr-law.org/english/expertise/areas/discrimination.htm) /nov 2005.
5. International konvention for økonomiske, sociale og kulturelle rettigheder. 1966. [www.menneskeret.dk/menneskeretiropa/fn/oksockul/aug2005](http://www.menneskeret.dk/menneskeretiropa/fn/oksockul/aug2005).
6. UNHCHR. General Comment No. 14. The right to the highest attainable standard of health. E/C.12/2000/4. [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En?OpenDocument) /aug 2005.
7. Bekendtgørelse af Udlændingeloven. [www.retsinfo.dk/\\_LINK\\_0/0&ACCN/A20040080829](http://www.retsinfo.dk/_LINK_0/0&ACCN/A20040080829) /aug 2005.
8. Klarskov OP. Patienter med falsk identitet. Ugeskr Læger 1997;159:3654.
9. Hansen AR. Access to health care for undocumented immigrants in California (USA) and Denmark – rights and practice. København: Københavns Universitet, 2005.
10. Claude RP, Weston BH, red. Human rights in the World Community. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press, 1992.

## Præ- og postgraduat uddannelse i international sundhed

Kursusreservelæge Vibeke Brix Christensen, læge Marie Louise Nørredam, overlæge Hans Karle & dekan Ralf P. Hemmingsen

H:S Rigshospitalet, Pædiatrisk klinik, Københavns Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, og World Federation for Medical Education

Hvorfor er det vigtigt at uddanne dansk sundhedspersonale i international sundhed, og hvorfor bør det være meritgivende i det medicinske studium og i videreuddannelsen? Verden bliver mindre og mindre og befolkningssammensætningerne mere og mere multietniske. For at kunne følge med globaliseringen er international indsigt på sundhedsområdet en nødvendighed. Ikke kun for at kunne hjælpe herboende patienter af anden etnisk herkomst, men også for at kunne hjælpe patienter, som befinder sig andre steder i verden.

Danmark har i global sammenhæng ansvar over for især lav- og mellemindkomstlande, hvor vi med viden og forskning og ved udsendelse af danske læger kan være med til at højne det sundhedsmæssige niveau. For lægeløftets fordring om at hjælpe gælder universelt og ikke kun inden for Danmarks grænser!

Denne artikel har til formål at belyse, hvilke muligheder der er for at tilegne sig teoretisk og praktisk viden inden for international sundhed på såvel præ- som postgraduat niveau.

Ved de tre danske sundhedsvidenskabelige fakulteter findes der forskellige tilbud med henblik på tilegnelse af viden og uddannelse inden for international sundhed. Fælles for fa-

kulteterne er, at der er tale om tilvalgsfag. Der er således ingen obligatorisk undervisning i international sundhed, og man kan sagtens gennemføre det lægevidenskabelige studium uden at opnå (systematisk) viden herom.

De sundhedsvidenskabelige fakulteter bærer et væsentligt ansvar for den faglige og holdningsmæssige profil hos de nye læger. En rundspørge til de tre fakulteter ved henholdsvis Københavns Universitet (KU), Aarhus Universitet (AAU) og Syddansk Universitet (SDU) har vist, at der prægraduat er mulighed for at fokusere på international sundhed via den etårige forskeruddannelse (AAU) eller ved de obligatoriske OSVAL-opgaver (KU), mens lægestuderende ved SDU kan tage et femugerskursus i international, transnational og global sundhed. Desuden kan medicinstuderende eller læger tilmelde sig et kursus i tropemedicin og international sundhed ved KU. Dette kursus afholdes i august måned hvert år, varer fire uger og henvender sig til flere faggrupper, for eksempel også jordemødre, antropologer og økonomer, som planlægger at arbejde i udviklingslande. Kurset omhandler blandt andet sygdomslære, antropologiske problemstillinger og kulturforskelle.

På postgraduat niveau findes der en masteruddannelse i *international health* (MIH) ved KU. Det er en engelsksproget etårig uddannelse, der fokuserer på fattigdomsrelaterede sundhedsproblemer og sundhedssystemer i lav- og mellemindkomstlande. De studerende kommer fra mange forskellige lande og har baggrund inden for sundheds- eller samfundsfag.

Ud over de nævnte muligheder for præ- og postgraduat uddannelse, er der flere gode initiativer i værk. På KU har man i 2005 oprettet Center for International Sundhed og Udvikling (CISU), der er et samarbejde mellem flere københavnske forskningsinstitutter, hvori bl.a. det danskfinansierede

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

**Tabel 1.** De specialer, som har en skriftlig formuleret politik og pointgivning på området er:

<i>Anæstesi:</i> Et point ved relevant ulandsarbejde i min. seks måneder.
<i>Gynækologi/obstetrik:</i> Et point ved ulandsarbejde med lægefagligt indhold i min. tre måneder.
<i>Intern medicin: endokrinologi:</i> Et point ved ulandsarbejde i minimum tre måneder.
<i>Intern medicin: gastroenterologi og hepatologi:</i> Et point ved ulandsarbejde i min. tre måneder.
<i>Intern medicin: geriatri:</i> Et point ved ulandsarbejde i min. tre måneder.
<i>Intern medicin: hæmatologi:</i> Et point ved ulandsarbejde i min. tre måneder.
<i>Intern medicin infektionsmedicin:</i> Et point ved lægeligt ulandsarbejde 18 måneder.
<i>Intern medicin: lungemedicin:</i> Et point ved ophold ved et udenlandsk hospital med interesseområde inden for lungemedicin og/eller allergologi i min. tre måneder.
<i>Intern medicin nefrologi:</i> Et point ved ulandsarbejde i min. tre måneder.
<i>Intern medicin: reumatologi:</i> Et point ved ulandsarbejde i min. tre måneder.
<i>Kirurgi:</i> Dokumenteret operativ aktivitet. Gælder muligvis for ulande.
<i>Urologi:</i> Et point ved relevant ulandsarbejde.
<i>Klinisk mikrobiologi:</i> Et point ved klinisk ansættelse i et udviklingsland i min. seks måneder.
<i>Oto-rhino-laryngologi:</i> Et point ved udlandsophold i min. tre måneder - også i ulande.
<i>Pædiatri:</i> Et point ved relevant ansættelse på en udenlandsk børneafdeling i min. seks måneder.
<i>Samfundsmedicin:</i> Ulandsophold: Min. tre måneders varighed. Også arbejde i Grønland kan indgå. Et point.

Bandim sundhedsprojekt i Guinea Bissau indgår. Centret huser en række forskningsaktiviteter, herunder Graduate School of Public Health, der siden 1995 har haft 45 ph.d.-studerende. Desuden har KU i 2006 oprettet Copenhagen University School of International Health, hvorunder alle KU's aktiviteter inden for international sundhed skal samles, og hvor det er visionen at udvikle en bachelor- og kandidatgrad samt at medvirke til ekspertuddannelse i international sundhed [1].

Uddannelse inden for international sundhed kan også opnås ved kortere eller længerevarende studieophold ved udenlandske universiteter, herunder erhvervelsen af master- og ph.d.-grader. Såfremt man har tilegnet sig fag fra udenlandske universiteter, skal Sundhedsstyrelsens godkendelse til, for at de kan blive meritoverført til Danmark. Det er oplagt at søge forhåndsgodkendelse hos Sundhedsstyrelsen, inden studier i udlandet påbegyndes.

Ligeledes er forskningsophold ved universiteter og andre forskningsinstitutioner rundt om i verden en god mulighed for at få indsigt i internationalt sundhedsarbejde. Dette kan foregå ved såvel danske som udenlandske universiteter. Forskningen kan såvel omfatte problemer i lavindkomstlande

som projekter, der omhandler migranternes sundhed og adgang til sundhedsydelser i højdindkomstlande.

Statens Serum Instituts sundhedsprojekt i Bandim har vist, hvor frugtbart et samarbejde mellem danske forskningsinstitutioner og institutioner i udviklingslande kan være. Det skyldes, at man her kan udveksle viden og forskning med udviklingslandene, så bedre forståelse af årsagssammenhænge kan optimere danske behandlingsstrategier til gavn for begge parter. Den praktiske erfaring, der opnås gennem Bandim-sundhedsprojektet, kan imidlertid også opnås på andre måder, bl.a. ved at udføre lægeligt arbejde på hospitaler og klinikker i udviklingslandene. Medicinstuderende kan tilegne sig denne praktiske erfaring ved at blive udstationeret gennem International Medical Cooperation (IMCC), hvilket i et vist omfang er meritgivende, ligesom færdiguddannede læger kan blive udsendt med humanitære nødhjælpsorganisationer som eksempelvis Røde Kors og Læger uden Grænser.

Det kan imidlertid være vanskeligt at opnå orlov til en sådan udstationering. Allerede for ti år siden blev det således vist, at det kunne være vanskeligt at få orlov til lægeligt nødhjælpsarbejde, idet en spørgeskemaundersøgelse blandt 110 tidligere udsendte læger viste, at kun 44% opnåede orlov fra deres arbejdsplads, og at 50% af dem havde svært ved at opnå denne orlov [2]. Der findes dog eksempler på, at der i nyere tid er indskrevet orlovsmuligheder med henblik på humanitært arbejde i enkelte lægers kontrakter. Ved en nyligt gennemført rundspørge til landets 14 amter har det vist sig, at ingen amter har en formuleret orlovspolitik omfattende humanitært arbejde. Flere amter meddeler imidlertid, at de i forbindelse med de nye regioner ser positivt på muligheden for, at læger gives orlov motiveret af humanitært arbejde. Det er naturligvis nødvendigt, at en sådan overordnet politik i praksis følges op fra ledelsen på hospitalsafdelinger og andre institutioner.

Hvad angår videreuddannelsen, viste den ovennævnte spørgeskemaundersøgelse ligeledes, at tidligere udsendte læger havde vanskeligt ved at få ulands-/nødhjælpsarbejde meritoverført. Ligesom fakulteterne har ansvar for de studerende, har Sundhedsstyrelsen i samarbejde med bl.a. speciallægeselskaberne og Lægeforeningen ansvar for den faglige og holdningsmæssige profil i lægestanden. I dag er der heldigvis en udvikling i gang til fordel for humanitært arbejde ved fastlæggelse af speciallægeselskabernes kriterier for pointgivning til hoveduddannelsesstillinger. Selv om der er variation i de enkelte selskabers vurdering af, hvilken varighed en udstationering skal have for at kunne give uddannelsesmæssig merit, er der som helhed en forståelse for og accept af, at danske læger kan tilegne sig væsentlig viden ved udstationering.

Konkret er der behov for fastere retningslinjer for vurdering af værdien af ulandsarbejde i forbindelse med udvælgelse til hoveduddannelsesstillinger. Det kunne i den forbindelse være nyttigt, hvis Sundhedsstyrelsen i samarbejde med speciallægeselskaberne formulerede klare fælles retningslinjer for

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

meritoverførsel. **Tablet 1** viser en oversigt over, hvilke selskaber der i dag anerkender lægeligt humanitært arbejde i udviklingslandene som meritgivende.

Principielt skulle bestræbelserne på anvendelse af kompetencemåling ved vurdering af de uddannelsessøgende i det nye videreuddannelsessystem gøre det muligt at tage endnu større hensyn ved vurdering af utraditionelle uddannelsesforløb. Lægestanden må støtte princippet om, at danske læger også har et globalt ansvar og erkende den vigtige rolle viden om international sundhed har. Igennem lægeløftet har danske læger en forpligtelse til at hjælpe alle mennesker i nød, hvad

enten de befinder sig inden for eller uden for Danmarks grænser.

Korrespondance: *Vibeke Brix Christensen*, Pædiatrisk Klinik, Juliane Marie Centret, H:S Rigshospitalet, DK-2100 København Ø. E-mail: brixchr@dadlnet.dk

Antaget: 23. april 2006

Interessekonflikter: Ingen angivet

## Litteratur

1. Hemmingsen RP, Bygbjerg IC. Global sundhed i det medicinske studium. *Ugeskr Læger* 2005;167:3328-9.
2. Nørredam M. Er ulands-/nødhjælpsarbejde meriterende for danske læger? *Ugeskr Læger* 1995;4:6012-6.

## International sundhed derhjemme: at tage erfaringerne med hjem

Antropolog Peter Aaby

Statens Serum Institut, Bandim Health Project

Sundhedsbistand er velgørenhed for at reducere den høje børnedødelighed. Desværre påvirker dette også forskningen i international sundhed. Velgørenhed prioriterer ikke forskning. Det ville være udtryk for, at vi måske ikke ved, hvad der er bedst. Kun operationel forskning er prioriteret. Mange opfatter vel i virkeligheden sundhedsforskning i de fattige lande som uetisk; det gælder bare om at anvende vor viden.

Men ofte ved vi ikke, hvad der er bedst. Der er brug for forskning, der måler de reelle effekter af vore interventioner og anfægter vore basale antagelser, når forventningerne ikke svarer til de observerede effekter. Sundhedsforholdene i udviklingslandene er ofte ekstreme, så det bliver nemmere at se, at vore antagelser ikke passer. Derfor kan studier i de fattigste lande undertiden føre til viden, der også er nyttig i de rige lande. Studierne af kurasygdommen på New Guinea, der indbragte *Gajdusek* nobelprisen, er formentlig det bedst kendte eksempel på, at studier i udviklingslandene kan føre til bedre forståelse af sundhedsproblemer i vor del af verden, i dette tilfælde til en forståelse af de neurodegenerative sygdomme forårsaget af prioner. Egeninteresse er et bedre grundlag end velgørenhed for at prioritere forskning. International sundhedsforskning sker i vor egen interesse for at skabe en mere retfærdig verden, men kan undertiden også skabe nyttig viden for os selv. Fra Guinea-Bissau har vi flere gange prøvet at tage erfaringerne med hjem.

Det er de svage, der dør ...

I 1978, da vi begyndte vort arbejde, var dødeligheden i Gui-

nea-Bissau 50% før femårsalderen. Alle vidste, at underernæring var årsagen til den høje dødelighed i udviklingslandene. Det var de »svage« børn, der døde. For at citere en førende epidemiolog: *»The children whose death might be prevented by measles vaccine are at risk of dying not because of the severity of measles per se, but because they are on the "road to death" and their nutritional status is so poor that they are likely to die of any infectious disease. Thus, preventing a death (with measles vaccine may) only change the cause of death«.* Vi skulle derfor for den svenske forskningsorganisation SAREC finde ud af, hvad der kunne gøres for at ændre ernæringsituationen – og reducere dødeligheden. Men børnene i Bissau var ikke underernærede. Ikke desto observerede vi, at letaliteten var 21% for børn, som fik mæslinger. Det var ikke de underernærede, der døde af mæs-



Foto: Jeanet Ravn.  
Mæslingevaccinationi Guinea-Bissau.