

## Økonomisk gevinst og etiske utfordringer

Innen 2010 er det antatt at en femdel av de globale kliniske studiene vil bli gjort i India, til en verdi av 1 milliard amerikanske dollar. Mens dette er gode nyheter for Indias økonomi, er de etiske utfordringene store.

Farmasøytiske firmaer har flere gode grunner for å forske i India: lave kostnader, en stor befolkning, hvorav mange ikke er blitt behandlet med medikamenter tidligere, godt utdannede arbeidere og en god infrastruktur. Men manglende regulering, få og dårlige etiske komiteer, fattigdom samt 50 % analfabetisme i befolkningen gjør at de etiske utfordringene er store.

Ofta blir medikamenter testet i India, for deretter å bli for dyre til at indiske pasienter har råd til dem. Det betyr også at deltakerne i studiene ofte ikke blir viderebehandlet når studien avsluttes.

I et håp om å ivareta pasientenes beste og studienes kvalitet har Indian Council of Medical Research (ICMR) startet en database over kliniske studier – The Clinical Trials Registry of India (1). Det er frivillig å registrere studier i denne databasen, men ICMR oppfordrer til at alle kliniske studier registreres i denne eller liknende databaser. 12 indiske medisinske tidsskrifter har uttalt at de fra januar 2010 ikke vil publisere studier som ikke er registrert (2).

Hvis ICMR oppnår dette, vil det også ha andre fordeler, som å gi en oversikt over mengden studier som foregår i India og hvorvidt disse studiene kan ha en positiv effekt for indiske pasienter.

### Oda Riska

oda.riska@legeforeningen.no  
Tidsskriftet

### Litteratur

1. The Clinical Trials Registry of India. [www.ctri.in/](http://www.ctri.in/) (12.8.2008).
2. Chatterjee P. Clinical trials in India: ethical concerns. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 581–2. [www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-010808/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-010808/en/) (12.8.2008).

# Legemangel rammer fattige

Det er mangel på helsepersonell i hele verden. Norge må ha etiske regler for rekruttering av leger og dekke tapene fattige land har.

Mennesker i alle verdenshjørner er avhengig av kompetente helsearbeidere som kan behandle, lindre og trøste når de selv eller noen av deres nærmeste blir syke. Det er anslått at det mangler 4,3 millioner helsearbeidere på verdensbasis (1). I vestlige land, som Norge, lever befolkningen lenge, og stadig flere eldre innebærer stadig økende behov for helsetjenester. NAV mener de har funnet deler av løsningen for å dekke Norges mangel på helsearbeidere: å rekruttere leger og sykepleiere fra andre land. Andre nordiske land legger opp til det samme. Den danske statsministeren Anders Fogh Rasmussen vil ha en «kontrollert innvandring,» der helsearbeidere slippes frem i innvandringskøen.

I Norge er det én lege per 319 innbyggere, mens i det fattige afrikanske landet Malawi deler 50 000 mennesker én lege (1). Å tro at man skal løse helsepersonellkrisen ved aktivt å rekruttere helsepersonell fra andre land, virker lite gjennomtenkt. Et menneske i den fattige delen av verden har også rett på helsetjenester, og når situasjonen allerede er så skjev som den er, er det uetisk å ta de få helseressursene pasienter i fattige land har. Det vil bidra til å gjøre gapet mellom rike land i nord og fattige land i sør enda større.

Hivpandemien er et utviklingsproblem med store dimensjoner, og det er ingen tvil om at helsepersonell er helt nødvendig for å bremse utviklingen. Over 90 % av de 33 millioner mennesker som i dag lever med hiv og aids, bor i utviklingsland og trenger behandling og oppfølging av utdannet helsepersonell (2). Forsvinner leger og sykepleiere, blir situasjonen enda mer kritisk enn den er i dag, både for mennesker og for hele samfunn som lammes av pandemien.

### Hjernetyveri

Det er hjernetyveri å aktivt rekruttere helsepersonell fra land i sør for å løse problemer i nord. I dag finnes det ikke noe regelverk for rekruttering av helsepersonell. Utviklingen går i retning av at private rekrutteringsbyråer henter helsepersonell fra fattige land til å jobbe i rike land. Det må derfor innføres juridisk bindende retningslinjer som forbyr denne typen praksis. I Storbritannia er det utarbeidet retningslinjer for dette, men det er bare den offentlige sek-

toren som forholder seg til dem, mens private aktører fortsetter aktiv rekruttering fra utviklingsland. Deretter henter den offentlige sektoren helsepersonell rekruttert fra slike land gjennom den private sektoren. Et forbud mot aktiv rekruttering må derfor omfatte både den offentlige og den private sektor. Dessuten holder det ikke med løse retningslinjer. Organisasjonen Change-maker mener at vi trenger et bindende regelverk (3).

Helse er et globalt spørsmål. Vi i Norge kan ikke ta på oss skylapper og overse konsekvensene ved å rekruttere leger fra andre land til å jobbe i Norge. Land som tappes for arbeidskraft på denne måten, vil ofte selv rekruttere helsearbeidere fra land som er enda dårligere stilt enn dem selv. Dermed oppstår en dominoeffekt, der de aller fattigste landene taper i kampen om kvalifisert helsepersonell. Det bør derfor være et mål å få et regelverk som regulerer rekruttering av helsearbeidere internasjonalt. Change-maker er ikke imot migrasjon eller ansettelse av helsearbeidere som befinner seg i Norge. Det som er problematisk, er at rike land aktivt rekrutterer helsearbeidere fra fattige land og bruker dette som et middel for å dekke egen legemangel.

I tillegg til å forby aktiv rekruttering er det avgjørende å finne en kompensasjonsordning for å dekke tapene fattige land lider når rike land bruker deres utdannede arbeidskraft. Retningslinjer blir et for svakt virkemiddel uten en kompensasjonsordning, og det er kun slik det skjeve utgangspunktet mellom rike og fattige land tas alvorlig. Norge og andre mottakerland må være med på å dekke utgifter avsenderlandet har hatt i form av utdanningskostnader og tap av arbeidskraft og skatteinntekter. En mulig modell kan være å dele skattene – eller en tilsvarende sum – mellom landene. Slik vil det landet som bruker helsearbeideren, være det som betaler. Kompensasjon handler ikke om bistand, men å betale for seg.

Mye kan også gjøres innenfor Norges grenser for å øke antallet helsepersonell. Stillingsbrøker kan utvides, lønnsvilkårene for sykepleiere og hjelpepleiere kan bedres og kapasiteten på medisinstudiet bør økes. Beslutninger må tas ut fra et globalt perspektiv: verdens pasienter er avhengig av at Norge og andre rike land klarer å utdan-

nok leger og sykepleiere. Tar vi ansvar for egen befolkning, tar vi også ansvar for resten av verden.

Rapporten *En solidarisk politikk for etisk rekruttering av helsepersonell* fra Sosial- og helsedirektoratet skisserer hvordan myndigheten bør gå frem for å løse Norges behov for mer helsepersonell uten at dette skal gå ut over andre lands behov (4). Fagmiljøer, interesseorganisasjoner og ikke minst Helse- og omsorgsdepartementet må nå følge opp denne rapporten. Change-maker vet at mye gjøres, men det er viktig å sørge for at Norge får en etisk politikk på dette området som ikke bare forbyr aktiv rekruttering, men også etablerer en kompensasjonsordning. Norges behov for flere helsearbeidere må løses uten å stjele arbeidskraft fra andre land.

#### Ida Thomassen

idt@nca.no  
Changemaker  
Postboks 7100 St. Olavs plass  
0130 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

#### Litteratur

1. Verdens helseorganisasjon. World health report 2006 – Working together for health. Genève: World Health Organization, 2006.
2. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic update 2007. Genève: UNAIDS, 2007.
3. Changemaker. www.changemaker.no [5.6.2008].
4. Sosial- og helsedirektoratet. En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007.

Manuskriptet ble mottatt 16.11. 2007 og godkjent 5.6. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.

## Ny skrivemåte: ph.d.

I Tidsskriftet følges Språkrådets anbefaling av skrivemåte for nye doktorgradsbetegnelser.

Den såkalte kvalitetsreformen ble innført ved høyere utdanningsinstitusjoner i Norge høsten 2003. Da erstattet graden ph.d. (philosophiae doctor) de fagspesifikke doktorgradene som dr.med. og dr.psychol. (1). Til å begynne med var det visse overgangsordninger. Doktorgradskandidater som ble tatt opp til doktorgradsprogrammet innen oktober 2002, kunne velge graden dr.med. dersom de disputerte innen utgangen av vårsemesteret 2008 (2). Dr.med. er altså nå ugjenkallelig historie.

#### Hvordan skrives forkortelsen?

Et nettsøk viser stor variasjon i hvordan denne forkortelsen skrives – også ved de ulike utdanningsinstitusjonene: ph.d., Ph.D., Ph.d., PhD og Phd. (3). I Tidsskriftet brukte vi først skrivemåten «PhD» (1), men har etter hvert gått over til «Ph.D.». Tidsskriftets rettskrivning følger i hovedtrekk *Tanums store rettskrivningsordbok* (4), men verken her eller i *Bokmålsordboka* er denne forkortelsen ført opp (5, 6). I enkelte andre oppslagsverk er dette kommet med (7), og *Store norske leksikon* skiller mellom den norske formen ph.d. og den angloamerikanske Ph.D. (8).

Språkrådet anbefaler forkortelsen «ph.d.» med små bokstaver og uten mellomrom, etter mønster av de tradisjonelle «dr.philos.», «dr.med.» osv. I motsetning til på engelsk skal det altså ikke brukes store bokstaver i denne sammenhengen annet enn i begynnelsen av setninger. Dette fremgår i et oversendelsesbrev fra Undervisnings- og forskningsdepartementet datert 25.10. 2002, som gjengir en kongelig resolusjon av 11. oktober samme år. Her heter det blant annet: «De nye gradene bachelor, master og ph.d. er, med visse unntak, fastsatt som formell beskyttet betegnelse uten fagspesifikke tilleggsbetegnelser i tråd med departementets forslag i St.meld. nr. 27.» (3).

I utgangspunktet skal akademiske gradsnevninger og titler ha liten forbokstav på norsk, i likhet med alle andre titler. Det gjelder også for de forkortede variantene, slik som cand.med., dr.philos. – og altså ph.d.

#### Konklusjon

I Tidsskriftet går vi nå over til å bruke Språkrådets anbefalte skrivemåte: ph.d. –

med små bokstaver, punktum etter begge ledd og uten mellomrom.

#### Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Gjersvik P. PhD skal erstatte dr.med. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1065.
2. Overgangsordning. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. www.med.uio.no/forskning/phd/overgangsordning.xml [9.7.2008].
3. Filosofisk doktorgrad. http://no.wikipedia.org/wiki/Filosofisk\_doktorgrad [9.7.2008].
4. Ødegaard R. Språket i Tidsskriftet. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 71.
5. Tanums store rettskrivningsordbok. 9. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2005.
6. Bokmålsordboka og Nynorskordboka. www.dokpro.uio.no/ordboksoek.html [9.7.2008].
7. Guttu T, red. Aschehoug og Gyldendals store norske ordbok; riksmål og moderat bokmål. 2. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 2005.
8. Store norske leksikon. Ph.D. og ph.d. www.snl.no/article.html?id=716466 og www.snl.no/article.html?id=13188302 [9.7.2008].