

# Den globale helsepersonellkrisen

Mangel på helsepersonell begrenset fattige lands mulighet til å sikre folkehelsen og oppnå økonomisk utvikling. Migrasjon fra fattige til rike land er en medvirkende årsak, samtidig som tilstrekkelig utdanning av helsepersonell ikke har vært prioritert høyt nok. I Norge arbeider man med å utvikle en samsvarende innenriks og utenriks helsepersonellpolitikk og landet har påtatt seg en pådriverrolle internasjonalt.

 Engelsk oversettelse av hele artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no).  Artikkelen publisert først på nett 12.9. 2011

## Elin Yli Dvergsdal

[elin.y.dvergsdal@ntnu.no](mailto:elin.y.dvergsdal@ntnu.no)  
Det medisinske fakultet  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

## Hanne Lichtwark

Medisinerstudiet, Forskerlinjen  
Universitetet i Oslo

## Arne-Petter Sanne

Avdeling for global helse  
Helsedirektoratet

## Håkon Angell Bolkan

Kirurgisk klinikk  
St. Olavs hospital

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskrev i 2006 den kommende mangelen på helsepersonell globalt (1). I World health report 2006 «Working together for health» anslår WHO at det allerede mangler 4,2 millioner helsearbeidere, og dette rammer spesielt de fattigste landene. Afrika har 25 % av sykdomsbyrden, men bare 1,7 % av verdens helsearbeidere (1). Et stort antall helsearbeidere forlater sine hjemland for å arbeide i rike land.

Det vil alltid være slik at mennesker migrerer for å søke et bedre liv for seg og sin familie, men rike land skal ikke bidra til dette med aktiv rekruttering av helsearbeidere fra fattige land.

## Samsvarende nasjonal og global helsepersonellpolitikk

Norske politikere har forpliktet seg til å føre en rekrutteringspolitikk som ikke rammer de fattige landene og skal avstå fra aktiv og systematisk rekruttering fra fattige land som selv har mangel på helsepersonell (2). Norge har vært en pådriver i den lange prosessen med å få på plass etiske retningslinjer for rekruttering og rettferdig global fordeling av helsepersonell. I mai 2010 vedtok Verdens helseorganisasjon disse internasjonale retningslinjene (3). Når man nå går over i implementeringsfasen, er det viktig at det settes i gang monitoreringsprosesser, samt at data om utviklingstrekk innen helsepersonellmigrasjon blir systematisert og publisert. Her må Norge fortsette å være en pådriver.

Rapporten «En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell» ble utgitt av Helse- og sosialdirektoratet i 2007 (4). Her ble det fremlagt flere forslag til hvordan en slik helsepersonellpolitikk kan føres i praksis. I oppfølgingen av rapporten ble det nedsett to arbeidsgrupper. En gruppe, ledet av Helsedirektoratet, så på innenlandske tiltak for å møte helsepersonellkrisen (5). En annen gruppe, ledet av Utenriksdepartementet, så på forslag til tiltak i norsk utenriks- og utviklingspolitikk for å motvirke den globale helsepersonellkrisen (6). Rapportene fra disse gruppene blir sett i sammenheng for å skape mest mulig samsvar i norsk politikk på dette komplekse området.

Etter vedtaket om Tusenårsmålene i FN i 2000 vokste det frem en erkjennelse av at helsepersonell vil bli en kritisk flaskehals i arbeidet med å oppnå de helserelaterte målene. Allerede på høynivåmøte i Genève i 2004 ble det klart at her måtte internasjonale aktører samle seg (7). Den globale helsearbeideralliansen (Global health workforce alliance – GHWA) ble etablert i 2006 med god hjelp fra Norge. To år etter oppnådde alliansen enighet om Kampalærklæringen, en global handlingsplan med visjon om at «alle mennesker (fattig som rik) skal ha tilgang på kvalifiserte og motiverte helsearbeidere med tilgang på relevante ressurser i et bærekraftig helse-system» (8). Handlingsplanen har seks konkrete innsatsområder:

- Bygge samsvarende nasjonal og global helsepersonellpolitikk
- Sikre kapasitet til en kunnskapsbasert respons på helsepersonellmangelen
- Skalere opp utdanningskapasiteten
- Satse på løsningsfokuset fordelingspolitikk
- Håndtere trykket på rekruttering og migrasjon av helsepersonell
- Gå inn for produktive investeringer i helsepersonell

I januar 2011 ble det publisert en statusgjennomgang av hvor langt man har kommet med handlingsplanen både i de enkelte land og globalt (9). Det er mange

positive tiltak og signaler på nasjonalt nivå, men likevel er det mye som gjenstår hvis man skal nå visjonen til den globale helsearbeideralliansen og nå de helserelaterte tusenårsmålene innen 2015.

Både på det nasjonale nivået og det globale nivået har man erkjent at mangelen på helsepersonell berører mange ulike områder, som blant annet migrasjon, arbeidsforhold, utdanning og forskning.

## Drivkraften bak migrasjon av helsepersonell

Hva er så årsakene til at fattige land tappes for helsepersonell? Kontrastene mellom rike og fattige land bidrar i seg selv til at strømmen av helsearbeidere går fra land med minst ressurser til dem med mest. Årsakene blir ofte delt inn i såkalte «skyv» (push) og «trekk» (pull)-faktorer. Skyvfaktorene er årsaker knyttet til opprinnelseslandet og forholdene der, som skyver helsearbeiderne fra hjemlandet, mens trekkfaktorer er egenskaper ved vertslandet og mulighetene som åpner seg når migrantene flytter dit (tab 1) (10).

En viktig trekkfaktor er at utenlandske helsearbeidere ofte er svært attraktive for de rike mottakerlandene da disse ikke har dekket opp eget behov for helsearbeidere. Det har i flere år foregått en aktiv rekruttering av helsepersonell som har ført til at helsearbeidere i mange tilfeller ikke bare migrerer på eget initiativ, men er blitt hentet av pågående rekrutteringsbyråer. Når hjemlandet representerer usikkerhet og ustabile arbeidsforhold (skyvfaktorer), er det fristende å prøve lykken i den vestlige delen av verden.

Norge som et rikt land har et ansvar for å redusere både skyv- og trekk-effekter for å sikre at fattige land klarer å møte behovene i sine nasjonale helsetjenester. Bistand i form av støtte til utdanning av helsepersonell i lavinntkts- og mellominntektsland og støtte til utdanning av fagpersoner innen organisering og utvikling av helsetjenesten vil være viktige virkemidler for på lang sikt å redusere skyvfaktorer. Dette er skissert som et mål i Helse- og sosialdirektoratets rapport fra 2007 (4).



To deltakere i begynnelsen av sin toårige videreutdanning i regi av det kirurgiske opptreningsprogrammet til CapaCare i Sierra Leone. Etter endt utdanning skal de under helseministeriets ledelse arbeide på landets distriktsykehus og må i mangel av leger kunne forvente å være sykehusets best kvalifiserte klinikere til å ta seg av kirurgiske og obstetriske akuttprosienter. Foto Håkon Angell Bolkan

### Dominoeffekten

Migrasjonsstrømmen av helsepersonell kan skje i «etapper» eller kjeder som også Norge er del av. En tilsynelatende etisk forsvarlig rekruttering fra utlandet til landet vårt, kan i sin tur bidra til en aktiv rekruttering fra et lavinntektsland til det landet Norge rekrutterer fra. Dette har man sett tendenser til i Polen og de baltiske statene, som er land som i økende grad sender helsepersonell til Norge. Disse landene fyller så opp sitt behov for helsepersonell fra lavinntektsland. Det er gjort lite forskning på dette feltet, og foreløpig er det vanskelig å finne tallmessige bevis for at en slik dominoeffekt pågår.

Konsekvensene av dominoeffekten vil

være de samme som om Norge direkte hadde rekruttert fra fattige land. Rike land, som vårt, har en forpliktelse til å investere nok ressurser til å utdanne helsepersonell for å dekke eget behov. Rapporten «Utdanne nok og utnytte godt» fra Helsedirektoratet (2009) kommer med gode anbefalinger om hvordan dette kan gjøres (5).

### Incentiver for å beholde personell i landet

«Retention» er et begrep som ofte brukes i den engelske faglitteraturen. En fomuftig «retention»-politikk går ut på å etablere mekanismer som gjør at personer blir i landet eller sørge for insentiver som gjør at godt kvalifisert personell ønsker å flytte hjem etter

å ha jobber i et annet land en tid. Det vil være ulike mekanismer som fungerer bra i forskjellige land. Ennå er det ikke nok kunnskap om hvilke tiltakspakker som faktisk vil virke. Flere utviklingsland, som Zambia og Malawi, har laget helhetlige helsepersonellplaner som er kostnadsberegnet, men har utfordringer med å få gjennomført disse. Ofte beror dette på svakt utrustede avdelinger med ansvar for ansettelse av helsepersonell i helsedepartementet, manglende oversikt over landets økonomiske handlingsrom når det gjelder å øke antall ansatte i helsesektoren, svakt eller lite samarbeid med viktige sektorer som finans-, arbeids- og utdanningsdepartement, og bistandsaktørers uforutsigbarhet og lite langsiktig tenkning (11).

For å kunne støtte fattige land i å mobilisere myndighetene til å få implementert nasjonale helsepersonellplaner må bistands-samarbeidet være langsiktig og kunne bidra til å styrke kapasiteten i alle ledd. Det er lett å tenke at man bør skalere opp utdanningen av helsepersonell, men det hjelper ikke dersom det nasjonale helsesystemet ikke er i stand til å ansette personene, og dette medfører at godt kvalifisert personell migrerer til rike land.

### Oppgaveforskyvning

Endring av oppgavefordeling mellom profesjonene, men også utvikling av nye stillingskategorier og spesialisiteter innen helsesektoren har vært med på å bidra til økt utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Dette kalles ofte «task-shifting» eller «task-sharing» i den internasjonale litteraturen.

Det har vært en formidabel innsats for å øke tilgjengeligheten av medisiner for hivpasienter. For å kunne distribuere medisiner og sette i gang behandling av et økende antall pasienter i utviklingsland har det vært nødvendig å se på nye måter å bruke tilgjengelig personell på. Innen antiretroviral behandling (ARV) har lokale ufaglærte personer fått spesifikk opplæring i den rutinemessige behandlingen og kan henvise til spesialist ved behov (12).

Ubehandlete kirurgiske lidelser representerer en betydelig helsebyrde i lavinntekts- og middelinntektsland. Fordelingen av helsepersonell er ujevn også innad i de fattige landene. For eksempel er det kun ti kirurger som jobber i hovedstaden i Sierra Leone. De utgjør 90 % av alle kirurger i landet og har ansvar for en befolkning på ca. 5,3 millioner mennesker (13). For å avhjelpe denne skjevfordelingen ble det i 2010 satt i gang et opplæringsprogram for lokale helsearbeidere i Sierra Leone ved hjelp av fagkompetanse fra Norge.

I Øst-Afrika har man hatt gode erfaringer med å trene opp Clinical eller Assistant Health Officers, også til å utføre relativt avansert kirurgi. I Mozambique kalles disse Tecnicos de Cirurgia, og flere publikasjoner tyder på at disse leverer like gode tjenester som ferdig utdannede leger innen spesialiserte

**Tabell 1** Årsaker til at helsearbeidere migrerer (10)

Skyvfaktorer (fra fattige land)	Trekkfaktorer (til rike land)
Lav lønn	Høy lønn (som bl.a. kan sendes hjem til familie)
Krig, konflikter eller politisk ustabilitet	Politisk stabilitet
Få muligheter til videreutdanning	Muligheter for videreutdanning, spesialisering.
Vanskelige arbeidsforhold (mangel på utstyr, lite tilgang på høy fagkompetanse, dårlig infrastruktur, mange pasienter)	Gode arbeidsforhold
Mangel på stillinger og begrensede karrieremuligheter	Gode karrieremuligheter og stort behov for helsepersonell.
Høy belastning av smittsomme sykdommer, som hiv/aids, tuberkulose og malaria	Gode vaksinasjonsprogrammer og gode muligheter for behandling av infeksjonssykdommer
Økonomisk ustabilitet	Velfinansierte helsesystemer
Ustabil og farlig arbeidsmiljø	Aktiv rekruttering
	Reisemuligheter
	Gode levekår

kliniske virkefelter, også sammenliknet med vestlige data. De samme erfaringer har man gjort i Tanzania og Malawi (14). Denne gruppen av helsearbeidere vil mange steder utgjøre grunnstammen i det offentlige helsevesenet, der det ikke finnes tilgang på legespesialister. Å bygge videre på et system med opplæringsprogram for personell som kan utføre definerte kirurgiske inngrep kan være en vei å gå for å forbedre helsetjenesten i Afrika, selv om ikke alle problemer kan løses gjennom denne tilnærming.

### Utdanning av helsepersonell

Utdanning av leger og ikke minst spesialisering av leger er både tidkrevende og kostnadskreven. Mange lavinntekts- og middelinntektsland har ikke mulighet til å utdanne legespesialister i eget land. Når leger må reise ut av landet for å heve kompetansen, er det stor sannsynlighet for at de ikke returnerer til hjemlandet.

Hvert år utdannes det rundt en million nye leger, sykepleiere, jordmødre og annet helsepersonell. Majoriteten av disse blir utdannet i vestlige land. USA har mer enn 150 medisinstudier, mens 36 land ikke har medisinstudier. De fleste av disse landene ligger i Afrika sør for Sahara. Dette tydeliggjør bildet av både mangel på utdanning i de fattigste landene og en meget skjev fordeling av hvor utdanningen foregår (15).

I november 2010 publiserte *The Lancet* en gjennomgang av helseprofesjonsutdan-

ningene globalt (15). Kommisjonen som utarbeidet gjennomgangen, var sammensatt av representanter fra alle deler av verden, ledet av Julio Frenk, dekan ved Harvard School of Public Health. De så på premisene for den kommende generasjonen av helsearbeidere og endringer som må til for at de skal være best mulig utrustet for å møte fremtidens helseutfordringer. Særlig ble det påpekt at potensialet til informasjonsteknologi ikke er blitt utnyttet godt nok i utdanningsammenheng. Det bør være mye å hente både lokalt, nasjonalt og globalt. Både læringsverktøy, Internett og kommunikasjonsmedier kan gjøre fagkunnskapen tilgjengelig på en enklere og bedre måte enn tradisjonell klasseromsundervisning. Unge mennesker i fattige land har vist seg å kunne tilegne seg nye digitale verktøy raskere enn tilsvarende i rike land. Samtidig er det viktig at utdanningen er tilpasset den lokale konteksten de skal jobbe i (15).

### Norske virkemidler i utviklingssamarbeid

Det var meget inspirerende for Norge at konferansen New African Connections ble arrangert i Oslo i juni 2011. Innflytelsesrike personer som Kofi Annan, Ted Turner og Gro Harlem Brundtland deltok og satte søkelyset på effektivisering av helsetjenesten ved bruk av nye teknologiske løsninger som kommer de fattigste til gode. Blant annet er det nå viktig å utnytte mulig-

hetene som ligger i at bruken og tilgjengeligheten av mobilteknologi har ekspandert utrolig raskt i Afrika de siste årene (16).

Forskningsrådets Global Health and Vaccination-program (GLOBVAC) går nå inn i sin neste fase. Forskning og utvikling av robuste teknologiske løsninger som utnytter fagkompetansen i fattige land best mulig, bør være et av temaområdene ved neste utlysning.

Fredskorpset forvalter ESTHER-programmet med helsepersonellutveksling hovedsakelig mellom land i Afrika og Norge. Dette bør videreutvikles slik at det blir et bedre instrument for utviklingssamarbeid mellom sykehusene og kapasitetsbygging i sør. Samtidig jobbes det nå med å omstrukturere og slå sammen de tidligere programmene NUFU (ph.d.- utdanning) og NOMA (masterutdanning). Det nye programmet må bli et sentralt virkemiddel for norske utdannings- og forskningsinstitusjoner til langsiktig samarbeid med institusjoner i sør.

Til høsten er det også bebudet en stortingsmelding om global helse. Meldingen må fremheve den viktige rollen Norge har påtatt seg som pådriver for en rettferdig global helsepersonellpolitikk og bidra til å styrke helsepersonellsituasjonen i Norges samarbeidsland.

Vi har en forventning om at norske myndigheter i samarbeid med Norad utarbeider hensiktsmessige verktøy for norske utdannings- og forskningsinstitusjoner, frivillige organisasjoner og helseforetak til å kunne bidra til det løftet som trengs for å motvirke den globale helsepersonellmangelen.



Illustrasjon Supernøtt Popsloyd

#### Elin Yli Dvergsdal (f. 1973)

er utdannet sykepleier og har hovedfag i helsevitenskap. Jobber som rådgiver i global helse ved det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og Helse Midt-Norge. Har tidligere arbeidet som rådgiver i Norad, avdeling for global helse og aids. **Ingen oppgitte interessekonflikter.**

#### Hanne Lichtwark (f. 1986)

er medisinstudent i 7. semester ved Universitetet i Oslo. Gått forskerlinjen ved Det medisinske fakultet; forsker der under Seksjon for internasjonal helse under Institutt for helse og samfunn, og jobber spesielt med kvinnehelse. Vært nasjonal prosjektansvarlig/global helseansvarlig i Norsk Medisinstudentforening. **Ingen oppgitte interessekonflikter.**

#### Arne-Petter Sanne (f. 1965)

Master of International Health care Management, Economics and Politics, Italia. Siviløkonom fra Norges handelshøyskole. Avdelingsdirektør for avdeling Global helse i Helsedirektoratet. **Ingen oppgitte interessekonflikter.**

**Håkon Angell Bolkan (f. 1972)**

er cand.med. President i Leger Uten Grenser 2009–11. Arbeider ved kirurgisk klinikk ved St. Olavs hospital.

**Oppgitte interessekonflikter:** En av grunnleggerne bak CapaCare og nå styremedlem i denne humanitære organisasjonen med medisinsk kunnskapsoverføring og kapasitetsbygging i lavinntekstland som formål. Den søker bl.a. å fremme oppgaveforysning som organisasjonsmodell i Sierra Leone.

**Litteratur**

1. The World health Report 2006. Working together for health. Genève: WHO, 2006. [www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf) [4.8.2011].
2. St.meld. nr. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)
3. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Vedtatt i verdens helseforsamling 21. mai 2010. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf) [4.8.2011].
4. En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell. IS-1490. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2007. [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/solidarisk\\_politikk\\_for\\_rekruttering\\_av\\_helsepersonell\\_79132](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/solidarisk_politikk_for_rekruttering_av_helsepersonell_79132) [4.8.2011].
5. Utdanne nok og utnytte godt – innenlandske bidrag for å møte den nasjonale og globale helsepersonellutfordringen. IS-1673. 03/2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. [www.helsedir.no](http://www.helsedir.no) [4.8.2011].
6. Nyhet om rapporten på Utenriksdepartementets nettsider, 2009. [www.regjeringen.no/nb/dep/ud/tema/utviklingssamarbeid/sentrale-utviklingsaktorer/helse\\_aids/helsepersonell.html?id=565196](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/tema/utviklingssamarbeid/sentrale-utviklingsaktorer/helse_aids/helsepersonell.html?id=565196) [4.8.2011].
7. High-level Forum on MDGs (HLF I; 2004). Genève: WHO, 2004. [www.who.int/hdp/en/summary.pdf](http://www.who.int/hdp/en/summary.pdf) [4.8.2011].
8. Global Health Workforce Alliance. The Kampala declaration and agenda for global action. Genève: WHO, 2008. [www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala\\_declaration/en/](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en/) [4.8.2011].
9. Global HWA. Reviewing progress, renewing commitment. Progress report on the Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Genève: WHO, 2011. [www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kdagapprogressreport/en/index.html](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kdagapprogressreport/en/index.html) [4.8.2011].
10. Kingma M. Nursing migration: global treasure hunt or disaster-in-the-making? *Nurs Inq* 2001; 8: 205–12. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1800.2001.00112.x/full>.
11. Human Resources for Health Observer. Models and tools for health workforce planning and projections. Genève: WHO, 2010. [www.who.int/hrh/resources/observer3/en/index.html](http://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/index.html) [4.8.2011].
12. Chu K, Rosseel P, Gielis P et al. Surgical task shifting in Sub-Saharan Africa. *PLoS Med* 2009; 6: e1000078.
13. Kingham TP, Kamara TB, Cherian MN et al. Quantifying surgical capacity in Sierra Leone: a guide for improving surgical care. *Arch Surg* 2009; 144: 122–7.
14. McCord C, Mbaruku G, Pereira C et al. The quality of emergency obstetrical surgery by assistant medical officers in Tanzanian district hospitals. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28: w876–85.
15. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.
16. New African Connections. Konferanse i Oslo 21.–22. juni 2011. [www.care.no/conference2011](http://www.care.no/conference2011) [4.8.2011].

Mottatt 8.7. 2011, første revisjon innsendt 12.8. 2011, godkjent 4.9. 2011. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.