

Internasjonalt samarbeid om spesialistutdanning

Mangel på kvalifisert helsepersonell rammar låginntektsland særleg hardt. Erfaringane med ebolautbrotet i Vest-Afrika viser korleis manglande kapasitet og kvalitet i helsetenesta raskt kan få globale følgjer. Langsiktig, felles innsats for oppbygging av fungerande helsesystem vil òg vere ei kjelde til læring for høginntektsland som Noreg. Internasjonalt institusjonsbasert samarbeid om spesialistutdanning for legar kan sameine solidaritet og gjensidig samfunnsnytte.

Hilde Marie Engjom
hilde.engjom@uib.no
Thor-Henrik Henriksen
Sven Young
Kari Schrøder Hansen

Global Health Workforce Alliance og Verdas helseorganisasjon (WHO) slår fast at det manglar 12 millionar helsearbeidarar for å gi alle tilgang til grunnleggande helsetenester. Denne mangelen fører til aukande skilnader i helse (1). Noreg har vore politisk engasjert i arbeidet for å utarbeide etiske retningslinjer for rekruttering av helsepersonell (2). Samstundes er det ei rekke andre faktorar enn internasjonal rekruttering til høginntektsland som medverkar til skeivfordeling i land og regionar. Helse og utdanning er eit satsingsområde på veg mot dei nye tusenårsmåla, men ordskiftet omfattar i liten grad personellutdanning eller oppbygging av helseinstitusjonar. Kapasiteten for grunnutdanning og spesialisering er utilstrekkeleg, og sjølv med auke i talet på lærestader manglar ein lærarar og spesialistar for supervisjon og rettleiing (3). Helsepersonell treng medisinsk kunnskap og ferdigheiter, etisk og moralsk kompetanse og i tillegg evne til felles problemløysing. Rammevilkår som tilgang til utstyr, ressursar og leiarskap er vesentleg for kvaliteten på arbeidet (4).

Samarbeid på institusjonsnivå for å betre kvalitet, kapasitet og innhald i helsetenesta er politisk etterspurt i Noreg, og Legeforeininga har tilrådd ei slik forankring (5). Norske legar har eit breitt engasjement som vert synleggjort i ulike organisasjonsledd (6). Utval for menneskerettar, klima og global helse i Legeforeininga (7) ynskte å hente inn erfaringar med samarbeid knytt til spesialisering. Vi har nytta e-post, møte og Globvac-konferansen 2013 for å få innspel om prosjektutforming og finansiering, utfordringar samt vurdering av nytteverdi for dei norske institusjonane. Frivillige utanfor utvalet har bidrege i dette arbeidet. Denne artikkelen

opsummerer tilbakemeldingane og er meint å danne grunnlag for eit breiare ordskifte om sterke og svake sider ved dagens samarbeidsmodellar og for Legeforeininga sitt vidare arbeid med temaet.

Institusjonsbasert samarbeid

Institusjonsforankring av samarbeid sikrar felles nytteverdi og ikkje minst langsiktig tidsperspektiv (8). Det er eit område som sameiner politiske initiativ med engasjement i helseforetaka og innsatsvilje hos legane. Samstundes kan manglande samordning og læring både mellom prosjekt og mellom institusjonar redusere nytteverdien i Noreg og i samarbeidslandet, slik ein har erfart i Storbritannia (9).

Tilbakemeldingane syner at fleire ulike modellar for samarbeid vert nytta (tab 1). Samarbeidsprosjekta har klar forankring i leiinga for sjukehusa og varierende forankring hos helsestyresmaktene og lokale utdanningsinstitusjonar. Det er varierende kombinasjonar av felles kortvarige kurs, prosedyretrening i samarbeidslandet og kontinuerleg supervisjon, med eller utan utveksling av personell mellom institusjonane.

Det fanst tre kortvarige kurs som var godkjende av Legeforeininga i 2014. Infeksjons- og mikrobiologikurset i India utdannar også indiske legar frå distrikta og har finansiert spesialisering for indiske legar i form av diplomkurs i tropemedisin. Haukeland universitetssjukehus og Sykehuset i Vestfold har begge samarbeid med Black Lion Hospital i Addis Abeba, Etiopia. Spesialistutdanninga omfattar ultralyd/endoskopi og har fleire bolkar med prosedyretrening (10). Kurset bygger på tidlegare samarbeid innan brannskade/plastikkirurgi, nevrokirurgi og medisinsk/teknisk assistanse. Medisinsk fakultet ved Universitetet i Bergen samarbeidde med universitet i Tanzania, Etiopia og India om masterutdanning i indremedisin, plastikkirurgi, radiologi, nefrologi og kardiologi. 58 masterstudentar frå Tanzania og Etiopia fullførte i perioden 2006–14 (11).

Tabell 1 syner korleis fleire ulike finansieringskjelder vert nytta. Desse er i liten grad samordna. I Noreg vert internasjonalt samarbeid innan helse forvalta av Utanriksdepartementet gjennom Fredskorpset og Norad. Personellutveksling følgjer Fredskorpset sine rammer for utveksling mellom institusjonar med vekt på personleg læring og vekst. Esther-alliansen samlar fleire slike internasjonale program (12, 13). Norad forvaltar norsk bistand på ei rekke område. Utdanning og forskning vart samla i Noregs program for kapasitetsutvikling innan høgere utdanning og forskning (NORHED) i 2011 (14). Samarbeid mellom sjukehus og utdanningsinstitusjonar har vore finansiert gjennom Norad sine utdanningsprogram og via norske ambassadar, helseforetak eller Helse- og omsorgsdepartementet (Barents-samarbeidet) (15).

Fleire påpeiker at den parallelle organiseringa i NORHED-programmet og Fredskorpset er krevjande og at samordning kan betre nytteverdien. Legar som deltek i personellutveksling i helseforetak med Fredskorpset kan ikkje delta på relevante kurs og opplæring ved universitet og høgskular i Noreg. Tilsvarande byggjer NORHED-programmet på institusjonssamarbeid mellom universitet og høgskular medan norsk spesialistutdanning skjer i helseforetaka. Mange sjukehus i låginntektsland manglar formell tilknytning til universitet, samstundes som både utdanninga og kvaliteten på det kliniske arbeidet vert støtta av regionale og globale faglege nettverk (16).

Kirurgi i Malawi

Utdanning av spesialistar innan ortopedisk og generell kirurgi ved Kamuzu Central Hospital (KCH) i Malawi er eit døme på samansett organisering og finansiering over tid. Fast spesialistdekning er svært mangelfull, og 97 % av 40 offentlege spesialiststillingar i kirurgi var ledige i 2013 (Malawi Ministry of Health, offentlig nettside). Ein norsk spesialist i generell kirurgi eller ortopedi har difor arbeidd ved Kamuzu Central Hospital kontinuerleg sidan 2008 for å sikre

Tabell 1 Samarbeidsformer og finansieringskilder. Følgjande helseforetak er omtalt i oversikta over Fredskorpset/Esther-program: Haukeland universitetssjukehus, Oslo universitetssykehus, Universitetssykehuset Nord-Norge, Sykehuset Vestfold og Sørlandet Sykehus. Samarbeidsprosjekta har omfatta spesialitetar innan generell kirurgi, nevrokirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barnesykdommar, indremedisin, mikrobiologi, radiologi, patologi, augesykdommar, psykiatri og rehabilitering. Spesialistutdanninga i ortopedisk og generell kirurgi i Malawi har ikkje utveksling til Noreg, men driv utveksling med klinisk arbeid i India

Organisering	Lengde	Innhald	Institusjonar	Målgruppe	Finansiering
Kortvarige kurs	2–3 veker	Mikrobiologi Infeksjonsmedisin U-landsmedisin Teori Laboratoriearbeid	Norske helseforetak eller lokalavdeling Lokale sjukehus	Legar i spesialisering og etterutdanning	Norsk kursavgift
Prosedyrekurs	8 × 1–3 veker	Prosedyretrening Praktisk og teoretisk spesialisteksamen	Universitetssjukehus Helseforetak	Legar Støttepersonell	Helseforetak Frivillig innsats
Master/ spesialistutdanning	1–2 år	Klinisk arbeid Utveksling Masteroppgåve	Medisinske fakultet	Legar	NOMA (2007–13)
Utveksling	6–9 md.	Klinisk arbeid	Helseforetak	Legar og andre personell- grupper Lege i spesialisering åleine eller med spesialist	Fredskorpset Estherprogrammet
Spesialistutdanning utan utveksling	2 år	Klinisk arbeid Lokale forskingsprosjekt	Helseforetak	Norske spesialistar Støttepersonell	NORHED Fredskorpset Private givarar

supervisjon og rettleiing. Utdanningsprogrammet ved sjukehuset har no 14 malawiske legar i spesialisering (17). Dei aukar bemanninga betydeleg, og utdanningsprogrammet betrar både kirurgisk kapasitet og kvalitet (18). Prosjektet vart først finansiert via den norske ambassaden, deretter via Fredskorpset og Esther-alliansen og frå 2014 via NORHED-programmet. Nødvendig utstyr til moderne kirurgi vart donert av Haukeland universitetssjukehus eller finansiert av private givarar. Programmet har utvikla seg frå eit institusjonelt samarbeid mellom Kamuzu Central Hospital og Haukeland universitetssjukehus til eit nasjonalt utdanningsprogram for kirurgar i Malawi under University of Malawi College of Medicine og The College of Surgeons of East, Central and Southern Africa (COSECSA).

Utdanningsprogrammet i Malawi har vore utan utveksling. Ein samarbeidsavtale mellom Haukeland universitetssjukehus og The Christian Medical College (CMC) i Vellore, India inneber at seks månader av ortopediutdanninga finn stad i Vellore. Malawiske legar får lisens i India og kan arbeide ved ein moderne, velfungerande institusjon samstundes som utfordringane er i tråd med kvardagen heime.

Praktisk organisering

Utvekslingsordningane omfattar personell med oppgåver som krev autorisasjon frå styresmaktene. Norske deltakarar får lokal autorisasjon dersom dei skal arbeide klinisk i samarbeidslandet. Utanlandske deltakarar

får ikkje norsk autorisasjon. Hospitering i Noreg har avgrensa relevans og læringsutbytte for utanlandsk personell med lang klinisk erfaring, og utvekslingsperiodar på inntil 12 månader fører til langvarig fråvær frå underbemanna avdelingar. Ein periode på 1–6 månader ved norske sjukehus kan vere nyttig for å få erfaringar frå fungerande organisasjonar, gi verdifulle faglege og sosial erfaring med teamarbeid og gi høve for internasjonal nettverksbygging. Planlegging, tydelege læringsmål, rettleiing, ein ansvarlig og engasjert kontaktperson/veileder og prosedyretrening er viktig for å ivareta nytteverdien i eit slikt opphald.

Legeforeininga si kollektive ansvarsforsikring dekkjer norske medlemmer dersom dei arbeider i eit av dei fattigaste landa i verda. Helseforetaka har ikkje hatt egne avtaler for ansvarsforsikring for norske eller utanlandske personellgrupper. Fredskorpset sin lønssats er relativt låg. Haukeland universitetssjukehus dekkjer mellomlegget til tariffesta minimumslønn for sine norske deltakarar samt forsikring, vaksinar og liknande. Som tilsett i helseforetaket vil ein vere betre sikra ved langvarig skade eller sjukdom som medfører ytingar frå Nav. Deltakarar frå samarbeidsland får dekt utgifter til opphald i vertslandet samt lommepengar. Familieforsørgjarar får også dekt nokre heimreiser.

Ved fleire av samarbeidsinstitusjonane er det etablert felles bustad for dei norske deltakarane. Den norske arbeidsgjeveren kan da lettare handtere tryggleiken og det

skaper nettverk for vaksne og familiemedlemmer.

Fleire av prosjektleiarane påpeiker krevjande organisering av formell dokumentasjon som opphalds- og arbeidsløyve, import av utstyr mv. Dette må handterast ryddig av den lokale partnerinstitusjonen og det må settast av ressursar for arbeidet. Likeins er det viktig at den norske partnern har kompetanse til å bistå prosjektleiarane med prosjektutforming og praktisk organisering.

Både NORHED-programmet og Fredskorpset tillèt mindre innkjøp av utstyr og utbetring av infrastruktur. Imidlertid kjem ein raskt i en situasjon der manglande infrastruktur og utstyr avgrensar utviklinga av helsetenesta og personellet sitt høve til å nytte ny kunnskap og ferdigheiter. Et fond for støtte til utbetringar av infrastruktur og dyrare medisinsk utstyr kan betre nytteverdien av prosjekta. Det er òg viktig å sikre opplæring av andre personellgrupper.

Kontinuitet og supervisjon

Fredskorpsmodellen inneber at kvar deltakar er ute i 6–18 månader. Norske prosjektleiarar framhevar at det tek minst seks månader før arbeidsinnsatsen har god nytteverdi ved samarbeidsinstitusjonen. Kortare opphald kan vere rike på læring og oppleving for norske deltakarar, samstundes som ein må vere medviten om ulempene for samarbeidspartnarar ved såkalla medisinsk turisme (19). Besøk frå Noreg til samarbeidssjukehus må ha klare mål og stad-

fasta nytteverdi for samarbeidspartnaren. Privatpersonar og andre gløymer ofte at belastninga ved korte besøk kan få følgjer for drifta ved underbemanna avdelingar (9).

Dersom same deltakar skal reise på fleire opphald innanfor prosjektperioden må det gjerast unnatak frå regelverket til Fredskorpset. Denne regelen skal sikre at flest mogleg får høve til å hente nye impulsar, men den hindrar kontinuitet over tid. Likeins har Fredskorpset ein ungdomsprofil og ynskjer utveksling for aldersgruppa 25–35 år. Samarbeidssjuehuset har oftast behov for erfarne klinikarar, og dei fleste erfarne legar i spesialisering eller spesialisert vil vere eldre enn 35 år.

Dersom prosjekt inkluderer utveksling av norske legar i spesialisering må ein sikre supervisjon i samarbeidslandet. Augeavdelinga ved Haukeland universitetssjuehus har løyst problemstillinga ved at spesialist og lege i spesialisering reiser saman. Utvekslingsprogram innan andre spesialistar har hatt lege i spesialisering på utveksling i bolkar på seks månader og overlegar i overlegepermisjon. Ein vanleg norsk overlegepermisjon er om lag 3–4 månader, og slike korte periodar krev klare arbeidsoppgåver og gode rutinar for kontinuitet for å sikre nytteverdien ved samarbeidssjuehuset. I Addis Ababa har same spesialistgruppe frå gastroavdelinga ved Haukeland universitetssjuehus vore ansvarleg for undervisningsbolkar på 1–3 veker over ein periode på fire år.

Gjensidig nytteverdi

Institusjonssamarbeid sikrar tilbod om spesialisering i heimlandet. Forsking frå Malawi og Etiopia viser at spesialisering i heimlandet kan vere ein sentral faktor for rekruttering og stabilisering (20–22). Legane får ein fagleg bakgrunn som svarer med oppgåvene. Samstundes slepp dei å reise til utlandet i ein livsfase for etablering av heim og familie, noko som kan betre langsiktig stabilitet og tilgang til helsepersonell (23).

Alle prosjektleiarane i Noreg held fram personlig læring og vekst hos deltakarane, solidaritet med kolleger og opplevd nytteverdi for pasientar/lokalsamfunn som verdi. Norske deltakarar opplever avveksling frå den norske kvardagen. Dei får nyttig klinisk erfaring saman med viktige perspektiv på andre område, som til dømes etiske dilemma, fordeling av ressursar og organisering av helsetenesta. Arbeid i internasjonale team vert vektlagt som eit gode i utvekslingsordningane.

Internasjonalt drøftar ein i aukande grad nytten av konkrete læringsmål knytt til global helse i medisinsk grunnutdanning og

spesialisering (24, 25). Tidlegare leiar for dei britiske helseforetaka (National Health Service, NHS), Lord Nigel Crisp, viser i si bok til fleire døme på gjensidig læring (26). National Health Service laga ei oppsummering for å bidra til samordning og betre kvalitet i institusjonssamarbeid. Rapporten omhandlar fordelane både for den einskilde deltakaren, for helsesystemet og institusjonane. Deltakarane får betre fagleg og praktisk kunnskap, betre evne til å arbeide under krevjande tilhøve og i team, og kostnaden for foretaket er liten. Erfaringane kan òg vere god leiartrening og bidra til betre pasientkommunikasjon (8). Det er avgjerande for nytteverdien i samarbeidslandet at leiande personar hos Nord-partnaren har erfaring med tilsvarande arbeid (9).

Forsking på lokale behov

Førebels finst det lite forskingsbasert evaluering av institusjonssamarbeid. Nokre unnatak er studien av pasientutfall etter oppbygging av thoraxkirurgi i Arkhangelsk (27) og studien av helsetenester ved psykisk sjukdom i Kambodsja (28). Mangelen på objektive mål for utfall vart framheva i evalueringa av første periode med Esther-prosjektet (29). Det internasjonale kunnskapsgrunnlaget vil verte betre dersom erfaringar i større grad vert publisert og offentleggjort (9). Omtale av personlege erfaringar er viktig, men vil ikkje gi tilstrekkeleg kunnskapsgrunnlag for å vurdere nytte og utfall av samarbeidsprosjekt (30).

Erfaringar frå oppbygging av forskingsmiljø viser at det tek 6–10 år å utvikle miljø som er tilstrekkeleg sjølvstendige til å søke finansiering og drive egne prosjekt (31). Det kan vere realistisk å rekne med at oppbygging av gode, kliniske miljø med kapasitet til undervisning, rettleiing og supervisjon krev like langsiktig perspektiv. Forsking kan vere viktig både for å sikre prioriteringar i tråd med lokal sjukdomsbyrde, overvake kvaliteten på behandlinga og bidra til langsiktig rekruttering av legar for undervisning og klinisk arbeid.

Konklusjon

Betre utdanningskapasitet er vesentleg for å nå måla om meir og betre kvalifisert helsepersonell i verdssamanheng. Institusjonsbasert samarbeid gir langsiktig forankring og gjensidig nytteverdi for institusjonane. Norske styresmakter bør påpeike dette i politiske grunnlagsdokument og ettersporje samarbeid og erfaringsutveksling mellom dei norske institusjonane. Meir forskingsbasert evaluering kan bygge opp lokal kompetanse og rekruttering og bidra til systemlæring som også er relevant i norsk helseteneste.

Hilde Marie Engjom (f. 1974)

er leiar for Legeforeninga sitt utval for menneskerettar, klima og global helse, ph.d.-stipendiat ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og har klinisk bakgrunn fra gynekologi/obstetikk og generell kirurgi. Ho har diplom i tropemedisin og har hatt prosjektengasjement for Haukeland universitetssjuehus på Zanzibar. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

Thor-Henrik Henriksen (f. 1949)

er spesialist i indremedisin og i infeksjonsmedisin og er overlege ved Medisinsk avdeling, Sykehuset i Vestfold, Tønsberg. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgjande interessekonfliktar: Sykehuset i Vestfold har motteke statleg støtte til utvekslingsprogram.

Sven Young (f. 1968)

er dr.med., spesialist i ortopedisk kirurgi og overlege på Ortopedisk avdeling, Haukeland universitetssjuehus. Han er nå overlege på kirurgisk avdeling, Kamuzu Central Hospital, og førsteamanuensis på College of Medicine i Lilongwe, Malawi. Ph.d.-avhandlinga omhandla forskning frå Malawi og andre lavinntektsland. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

Kari Schrøder Hansen (f. 1958)

er spesialist i generell kirurgi med spesialkompetanse innan traumatologi og er leiar av fagutviklingsseksjonen i Legeforeninga. Ho har jobba med prosjekt innan traumatologi i Botswana. Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonfliktar.

Litteratur

1. Global Health Workforce Alliance. The recipe political declaration on human resources for health. www.who.int/workforcealliance/forum/2013/3gf_finaldeclaration/en/ [21.8.2015].
2. Taylor AL, Hwenda L, Larsen BI et al. Stemming the brain drain—a WHO global code of practice on international recruitment of health personnel. *N Engl J Med* 2011; 365: 2348–51.
3. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H et al. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? *Bull World Health Organ* 2009; 87: 225–30.
4. 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.
5. Styrket samarbeid om utdanning av leger i lav- og mellominntektsland. [https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Polycynotater-2013/Styrket-samarbeid-om-utdanning-av-leger-72013-/\[18.3.2014\].](https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Polycynotater-2013/Styrket-samarbeid-om-utdanning-av-leger-72013-/[18.3.2014].)
6. Legeforeningen. Global helse. [https://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/\[14.10.2013\].](https://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/[14.10.2013].)

7. Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse. Legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Fagpolitiske-utvalg/legeforeningens-utvalg-for-global-oppvarming-og-helse/ (21.8.2015).
8. National Health Service. The framework for NHS involvement in international development. www.severn-deanery.nhs.uk/assets/Internationalisation/TheFrameworkforNHSInvolvementinInternationalDevelopmenttcm79-26838.pdf (21.8.2015).
9. James J, Minett C, Ollier L. Evaluation of links between North and South healthcare organisations. www.heart-resources.org/2008/05/evaluation-of-links-between-north-and-south-healthcare/ (21.8.2015).
10. Engjom T, Gilja OH, Nysæter G. Å bygge spesialist-utdanning i Etiopia. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1268–70.
11. NOMAPRO. Sandwich programme for M Med and M Sc degrees in clinical medicine. <http://espresso.siu.no/projects/project/NOMAPRO-2006%252F10032%2F2> (25.3.2014).
12. Fredskorpset. Ordningsregelverk. www.fredskorpset.no/globalassets/program/ordningsregelverk-fk-esther-norsk.pdf (21.8.2015).
13. The European ESTHER alliance. Who we are. www.esther.eu/who-we-are (13.12.2013).
14. NORHED projects. www.norad.no/_public/norad.no/docs/2013-0107-NORHED-projects.pdf?_ts=141144fef88 (13.12.2013).
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Statsbudsjettet 2014. Kap 13. www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2014/Dokumenter1/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema/13-Internasjonalt-samarbeid/ (21.8.2015).
16. World Federation of Societies of Anaesthesiologists. Education and training. www.wfsahq.org/our-work/education-training (15.6.2014).
17. Qureshi JS, Young S, Muyco AP et al. Addressing Malawi's surgical workforce crisis: a sustainable paradigm for training and collaboration in Africa. *Surgery* 2013; 153: 272–81.
18. Kendig C, Tyson A, Young S et al. The effect of a new surgery residency program on case volume and case complexity in a sub-Saharan African hospital. *J Surg Educ* 2015; 72: e94–9.
19. Anderson FW, Wansom T. Beyond medical tourism: authentic engagement in global health. *Virtual Mentor* 2009; 11: 506–10.
20. Bailey N, Mandeville KL, Rhodes T et al. Post-graduate career intentions of medical students and recent graduates in Malawi: a qualitative interview study. *BMC Med Educ* 2012; 12: 87.
21. Hagander LE, Hughes CD, Nash K et al. Surgeon migration between developing countries and the United States: train, retain, and gain from brain drain. *World J Surg* 2013; 37: 14–23.
22. Berhan Y. Medical doctors profile in Ethiopia: production, attrition and retention. In memory of 100-years Ethiopian modern medicine & the new Ethiopian millennium. *Ethiop Med J* 2008; 46 (suppl 1): 1–77.
23. Anderson FW, Johnson TR. Capacity building in obstetrics and gynaecology through academic partnerships to improve global women's health beyond 2015. *BJOG* 2015; 122: 170–3.
24. Johnson O, Bailey SL, Willott C et al. Global health learning outcomes for medical students in the UK. *Lancet* 2012; 379: 2033–5.
25. Brown C, Martineau F, Spry E et al. Postgraduate training in global health: ensuring UK doctors can contribute to health in resource-poor countries. *Clin Med* 2011; 11: 456–60.
26. Crisp N. Turning the world upside down: the search for global health in the twenty-first century. London: Royal Society of Medicine Press, 2010.
27. Horjen AW, Tungusov D, Chernov I et al. Pediatric cardiac surgery in Northern Russia. Results from an international cooperative program. *Scand Cardiovasc J* 2011; 45: 187–92.
28. Somasundaram DJ, van de Put WA. Mental health care in Cambodia. *Bull World Health Organ* 1999; 77: 275–7.
29. Haarberg K. Review of the Norwegian Esther program (The FK Health Exchange program): Final report. <http://evalueringsportalen.no/evaluering/review-of-the-norwegian-esther-program-the-fk-health-exchange-program-final-report> (21.8.2015).
30. Engjom T, Brodwall K, Engjom HM et al. Utveksling av helsepersonell mellom Bergen og Zanzibar. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 187–9.
31. Bates I, Taegtmeyer M, Squire SB et al. Indicators of sustainable capacity building for health research: analysis of four African case studies. *Health Res Policy Syst* 2011; 9: 14.

Motteke 18.7. 2014, første revisjon sendt inn 30.10. 2014, godkjent 21.8. 2015. Redaktør: Anne Kveim Lie.



Engelsk omsetjing på www.tidsskriftet.no