

Det er umoralsk at rike land gjør seg avhengig av leger og sykepleiere fra fattige land

Fattige land tappes for helsepersonell

Fattige land, særlig i Afrika, sakker akterut. Selv om løfter fra G8-landene, verdens rikeste, om sletting av gjeld og økt bistand gir et visst grunnlag for optimisme, preges utviklingen i mange afrikanske land av korrupsjon, ustabile politiske forhold og lavt utdanningsnivå. Sør for Sahara er HIV-epidemien i ferd med å undergrave de fremskritt innen økonomi, helse og velferd som tross alt er gjort. Mangelen på utdannet helsepersonell er mange steder dramatisk, og i enkelte områder, særlig på landsbygda, er det i praksis ingen form for helsetjeneste. Stadig flere afrikanske leger og sykepleiere flytter til høyinntektsland der de får bedre betalt og bedre arbeidsforhold. For vestlige land kan det være billigere å rekruttere helsepersonell fra utlandet enn å utdanne egne innbyggere. Denne hjerneflukten har ført til at antallet helsearbeidere i mange afrikanske land synker til tross for et skrikende behov for medisinsk kompetanse. I Ghana, for eksempel, har mer enn to tredeler av nyutdannede leger forlatt landet i løpet av tre år, og av de 203 legene Malawi har utdannet de siste 12 år, befinner halvparten seg i utlandet (1). Selv om noen av disse vil komme tilbake som spesialister, er erfaringen at de fleste vil forbli i utlandet.

Fordi legeutdanningen i de fleste land i det sørlige Afrika foregår på engelsk, fremstår engelskspråklige høyinntektsland som Storbritannia, USA og Canada som særlig attraktive. Så mange som en tredel av legene i Storbritannia er født i oversjøiske områder; i Frankrike og Tyskland er andelen mindre enn 5% (2, 3). Den tilsvarende andelen blant sykepleiere i enkelte britiske storbyer er langt høyere, i London nesten 50% (2). Dette er i stor grad en følge av at utdanningskapasiteten for helsepersonell i Storbritannia har vært holdt nede samtidig som antall stillinger i det offentlige helsevesen har økt.

Norge er på ingen måte uten skyld eller ansvar i denne sammenheng, for her i landet er det opp gjennom årene aldri utdannet nok leger og annet helsepersonell til å fylle alle stillingene som opprettes. I perioden 1997–2003 drev man aktiv rekruttering av leger og sykepleiere fra utlandet, inkludert Polen, som i europeisk sammenheng er et lavinntektsland. Det ble også gjort avtale med Filippinene (der man oppfordrer sykepleierne til å emigrere pga. valutainntektene) om å rekruttere sykepleiere derfra, men avtalen ble aldri effektiv. Likevel har over 1 000 filippinske sykepleiere fått norsk autorisasjon, og antakelig arbeider flere hundre av dem i norske sykehus (Per Haugum, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, personlig meddelelse). Antallet leger fra Russland og andre østeuropeiske land som ønsker å arbeide i Norge, er økende, og selv om mange av dem er kommet hit av personlige årsaker, er det neppe tvil om at hjemlandet trenger deres kvalifikasjoner i egen helsetjeneste.

Det finnes ingen enkle løsninger på disse problemene, og det er åpenbart at det må vidtrekkende politiske endringer til. Mye kan gjøres, og ansvaret for at noe skjer, gjelder alle land. Som en start

kan høyinntektsland slutte med aktiv rekruttering av helsepersonell fra land som selv trenger dem. Forslaget om at når slik «import» skjer, må mottakerlandet betale giverlandet det utdanningen har kostet (1), bør tas opp til seriøs vurdering. Et annet radikalt, men lite akseptabelt forslag er å forby eller sette sterke restriksjoner for leger og annet helsepersonell utdannet i fattige land til å arbeide i rike land. Det er foreslått å avkorte utdanningen av helsepersonell i fattige land slik at kandidatene ikke oppnår formell kompetanse for å få tilsetning i utlandet. Men også dette forslaget vil ha begrenset effekt, for problemet med hjerneflukt er like stort, om ikke større, blant hjelpepleiere som blant leger og sykepleiere (3).

Mer aktuelt er innføring av pliktjeneste i hjemlandet etter endt utdanning, krav om økonomisk kompensasjon fra dem som reiser, økt lønn i hjemlandet og å tillate privat praksis ved siden av tjeneste ved offentlige sykehus og poliklinikker. Man bør i større grad utdanne hjelpepersonell til å ta seg av oppgaver som vanligvis utføres av leger. Det må utvikles videreutdanningsprogrammer for leger og annet helsepersonell i deres hjemland. Disse kan omfatte tidsbegrenset tjeneste i vestlige land. Det bør etableres tettere samarbeid mellom enkeltsykehus i rike og fattige land, inkludert utvekslingsordninger for helsepersonell, både for å bedre pasientbehandlingen og for å øke de faglige utfordringene. I enkelte land, det gjelder særlig Storbritannia, må man utvide utdanningskapasiteten for leger og annet helsepersonell.

Migrasjonen av leger, sykepleiere og annet helsepersonell fra fattige til rike land er et etisk og politisk problem. At enkelte rike land gjør seg avhengig av innvandring av helsepersonell fra fattige land, er beslektet med kriminalitet, mener redaksjonen i *The Lancet* (4). Lederen i den britiske legeforeningen kaller det plyndring (5). Det finnes ingen grunner til å være uenig.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no

Petter Gjersvik (f. 1952) er dr.med., spesialist i hud- og veneriske sykdommer og har mastergrad i helseadministrasjon fra Universitetet i Oslo. Han arbeider som medisinsk redaktør i *Tidsskriftet*.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Coombs R. Developed world is robbing African countries of health staff. *BMJ* 2005; 330: 923.
2. Pang T, Lansag MA, Haines A. Brain drain and health professionals. *BMJ* 2002; 324: 499–500.
3. Eastwood JB, Conroy RE, Naicker S et al. Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK. *Lancet* 2005; 365: 1893–900.
4. Migration of health workers: an unmanaged crisis. *Lancet* 2005; 365: 1825.
5. Johnson J. Stopping Africa's medical brain drain. *BMJ* 2005; 331: 2–3.