

Kunnskapsdrenasje fra fattige til rike land

Verdens befolkning har svært ulik tilgang på helsetjenester. Vi forverrer situasjonen ved å drenere fattige land for menneskelige ressurser.

■ FN har definert grunnleggende helsehjelp som en menneskerettighet, men mange land klarer ikke å oppfylle dette for sin befolkning. Det gir oss i den rike del av verden en spesiell forpliktelse til ikke ytterligere å forverre situasjonen. WHO har slått fast at alle land trenger et minimum av 2,3 helsearbeidere per 1 000 innbyggere for å sikre befolkningen tilgang på grunnleggende helsetjenester (1). Nettostrømmen av helsepersonell går mot USA, Canada, Storbritannia, Australia og New Zealand (2). Dette representerer et reelt etisk dilemma.

Norge bruker mer penger per innbygger enn noe annet land. Men allerede nå ser vi at en forholdsvis stor andel av arbeidsstokken i det norske helsevesenet er utenlandsk. I fremtiden vil det bli et større behov for faglært arbeidskraft, og det vil bli nødvendig med upopulære prioriteringer. Det er sannsynlig at vi må utenlands for å rekruttere kvalifisert helsepersonell dersom vi ikke fokuserer mer på dette nå (3).

Som ung lege er jeg bekymret for at vi skal importere arbeidskraft fra land som har dårligere kår enn oss. Det blir lett en negativ

spiral. Importerer vi arbeidskraft fra for eksempel land i Øst-Europa, vil disse landene videre måtte importere arbeidskraft fra fattigere land. Det er en egen urettferdighet i dette. Norge ønsker å jobbe for en mer rettferdig fordeling av helse på verdensbasis. Norge skal ikke drive aktiv rekruttering fra land med alvorlig mangel på helsepersonell (4). Men er rekruttering fra land i Øst-Europa greit? Her er det et misforhold mellom ord og handling som ikke Norge kan være tjent med i det lange løp. Det blir analogt til motsetningen mellom norsk olje- og gasspolitikk og den klimapolitikken landet ønsker å være kjent for.

All ære til utenriksminister Jonas Gahr Støre for å ha tatt opp helse som et utenrikspolitisk tema. Men hvis denne politikken ikke skal bli selvmotstigende, må vi håndtere våre egne problemer uten å drenere fattigere land for hardt tiltrenge menneskelige ressurser (5). De siste årene har årlige omorganiseringer vært viktigere i norsk helsepolitikk enn langsiktige linjer. Det må en grunnleggende holdningsendring til blant både politikere og byråkrater. Norsk

helsepolitikk må ikke styres kortsiktig fra år til år, men heller styres langsiktig som norsk utenrikspolitikk.

Ewa Gawecka

ewag11@hotmail.com

Anestesi- og intensivavdelingen
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet
0027 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. World Health Organization. The world health report 2006. Working together for health. Genève: WHO, 2006.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. The looming crisis in the health workforce: How can OECD countries respond? Paris: OECD, 2008.
3. Helsepersonell over grensen. I: Migrasjon og helse – utfordringer og utviklingstrekk. Oslo: Helsedirektoratet, 2009: 69–72.
4. St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879 (25.2.2010).
5. Texmon I, Stølen NM. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2030: dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2008. Rapport nr. 9/2009. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2009.

Manuskriptet ble mottatt 20.3. 2009 og godkjent 25.2. 2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie