

KORRESPONDANCE: Per Kallestrup, Center for Global Sundhed, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Bartholins Allé 2, 8000 Aarhus C.

E-mail: kallestrup@dadinet.dk

ANTAGET: 1. februar 2012

FØRST PÅ NETTET: 26. marts 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. World Health Organization. Alma-Ata declaration. International Conference on Primary Health Care, 6-12 September 1978, Alma-Ata, USSR. 1978. www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
2. The World Health Report. Primary health care – now more than ever. Geneva: WHO, 2008.
3. Mills A. Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches? *Bull World Health Organ* 2005;83:315-6.
4. Ooms G. Shifting paradigms: how the fight for “universal access to AIDS treatment and prevention” supports achieving “comprehensive primary health care for all”. *Global Health* 2008;4:11.
5. Olesen F. Almen praksis 30 år efter Alma-Ata-deklarationen. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2008;86:1139-49.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
7. Shi L, Starfield B, Politzer R et al. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529-50.
8. De Maeseneer J, Twagirumukiza M. The contribution of primary health care to global health. *Br J Gen Pract* 2010;60:875-6.
9. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D et al. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract* 2008;58:3-4.
10. Jones G, Steketee RW, Black RE et al. Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
11. Elzinga G. Vertical-horizontal synergy of health workforce. *Bull World Health Organ* 2005;83:242.
12. Pfeiffer J, Montoya P, Baptista AJ et al. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique – a case study. *J Int AIDS Soc* 2010;13:3.
13. Kerouan D. Health and development financing in Africa. *Lancet* 2009;374:435-7.
14. Sepúlveda J. Foreword in: Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press for The World Bank, 2006:xii-v.
15. Ooms G, Van Damme W, Baker BK et al. The “diagonal” approach to Global Fund financing: a cure for the broader malaise of health systems? *Global Health* 2008;4:6.
16. Atun R, de Jongh T, Secci F et al. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy Plan* 2010;25:1-14.
17. www.15by2015.org (1. aug 2012)
18. Keugoung B, Macq J, Buve A et al. The interface between health systems and vertical programmes in Francophone Africa: the managers’ perceptions. *Trop Med Int Health* 2011;16:478-85.
19. Harris M. Brazil’s Family Health Programme - a cost effective success that higher income countries could learn from. *BMJ* 2010;341:1171-2.
20. Furin J. The role of traditional healers in community-based HIV care in rural Lesotho. *J Community Health* 2011;36:849-56.
21. Mitchell M. Task shifting - maintaining quality whilst improving availability of services (Enreca Health Conference 2011). www.enrecahealth.dk/conference/programme (1. aug 2012).

Løsninger på den globale mangel på sundhedspersonale

Michael Schriver¹, Gideon Ertner², Mette Morre Aabenhus¹ & Per Kallestrup¹

Fundamentet i ethvert sundhedssystem er sundhedsarbejderne [1, 2]. De er ansat i klinikker, på apoteker og hospitalsafdelinger, de diagnosticerer patienterne, ordinerer og administrerer medicin, yder pleje og omsorg samt giver information om plan og prognose. Det er også dem, som arbejder på forskningsinstitutioner, dem, som indhenter informationer til udpejning af indsatsområder, og dem, som sidder i administrationerne, leder arbejdsindsatsen og prioriterer resurserne. På alle niveauer i sundhedsvæsenet er det essentielt med kvalificerede sundhedsarbejdere, og disse er der globalt set mangel på.

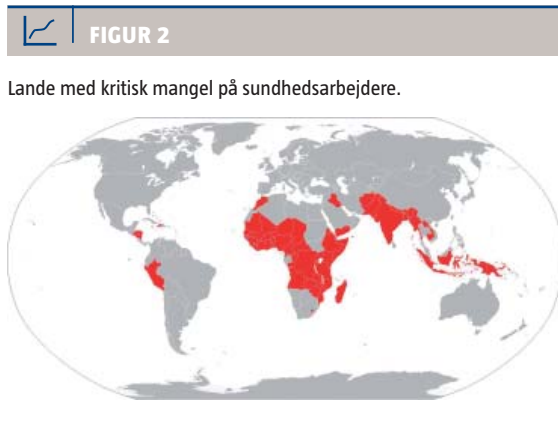
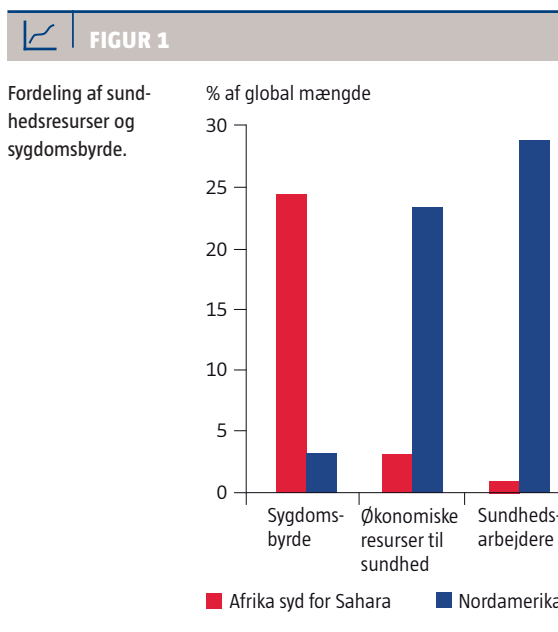
KRISEN I ARBEJDSSTYRKEN ER ET FÆLLES PROBLEM

Sundhedsarbejdere er, bredt defineret, personer, som primært er engageret i opgaver, der har til hensigt at fremme sundhed [3]. WHO beskrev i 2006 et globalt deficit på 4 mio. sundhedsarbejdere, heraf 2,4 mio. læger, sygeplejersker og jordemødre [3]. I 57 lande er der en så kritisk mangel på sundhedsarbejdere, at det hindrer dem i at nå FN’s 2015-mål for reduktion i børne- og mødredødelighed. Seksogtredive af disse

lande er beliggende i Afrika syd for Sahara, hvor mange sundhedssystemer skal håndtere en høj befolkningstilvækst og en dobbelt sygdomsbyrde i form af en stigende forekomst af ikke-smitsomme sygdomme og en fortsat høj forekomst af personskader, psykisk sygdom og infektionssygdomme, f.eks. hiv/aids og tuberkulose [3-5]. Afrika syd for Sahara er hjemsted for 10% af verdens befolkning og 25% af sygdomsbyrden, men kun for 3% af de økonomiske resurser til sundhed og 1% af sundhedsarbejderne. Til sammenligning bor 5% af verdens befolkning i Nordamerika, hvor man finder 3% af sygdomsbyrden, 25% af sundhedsresurserne og 30% af sundhedsarbejderne [6] (Figur 1). Ud over at være et etisk problem er kontrasten et sundhedsproblem for alle verdens lande, der i stigende grad anses for at være gensidigt afhængige med hensyn til sundhedsfremme [6]. Sygdomme med pandemisk potentiale, f.eks. svært akut respiratorisk syndrom (SARS), der på dage spredes over kontinenter, skal bekæmpes ved et internationalt samarbejde. Sygdomme som polio, lepra og difteri kan bryde ud i lande med et ikkefun-

STATUSARTIKEL

1) Center for Global Health, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
2) Globale Læger, København



gerende sundhedssystem, hvilket vanskeliggør arbejdet med at udrydde sygdommene. Ikkesmitsomme sygdomme, misbrug og personskader er associeret med livsstil og miljø, som igen påvirkes af globale forhold. Fattigdom, herunder begrænset adgang til uddannelse og sundhedsydelse, er grobund for konflikter, der også har global betydning [6, 7]. Det vil være i alle landes interesse at styrke naboernes kapacitet til at forbedre deres social- og sundhedsvæsen.

FAKTORER AF BETYDNING FOR MIGRATION AF SUNDHEDSARBEJDERE

Et offentligt sundhedssystem med en velfungerende og koordineret primær og sekundær sundhedstjeneste er den eneste kendte metode til på længere sigt at give alle borgere lige adgang til relevante sundhedsydelse [8]. Offentlige sundhedsinstitutioner, især i landdistrikter, er i flere lavindkomstlande kendetegnet ved dårlige faciliteter, uoverkommelige arbejds-

belastninger, lave lønninger, ineffektiv administration og begrænsede muligheder for efteruddannelse og opretholdelse af et familieliv for de ansatte. Desuden er disse områder ofte præget af utrygge arbejds- og livsomstændigheder, herunder politisk ustabilitet, korrupsion, kriminalitet og sygdomsrisiko. Hiv/aids-epidemien har tillige forårsaget betydelige frafald, fravær og psykosociale udfordringer blandt sundhedspersonale. Alt sammen faktorer, der frastøder sundhedsarbejdere (*push*-faktorer) [3, 9, 10].

Kendskab til bedre vilkår (*pull*-faktorer) får mange sundhedsarbejdere til at søge mod den private sektor eller uden for sundhedsområdet, mod parallelle sundhedsprogrammer, der er iværksat af udenlandske donorer, eller mod byer og rigere lande [1, 3]. Det indenlandske flow til byer og private sektorer er det største, og følgelig er uligheden i kvaliteten mellem offentlige og private institutioner og mellem land og by flere steder voksende [11]. Jo fattigere et land er, jo større er incitamentet til at migrere, selvom netop de fattigste lande har det største behov for sundhedsarbejdere [12]. Ifølge OECD vælger over 50% af højtuddannet sundhedspersonale i visse lavindkomstlande at emigrere [10]. Den Afrikanske Union har estimeret, at lavindkomstlande årligt støtter højtuddannede lande med 500 mio. USD gennem migration af sundhedsarbejdere [11]. 60% af de læger, der blev uddannet i Ghana i 1980'erne, var emigreret i 1999 [13], og ved årtusindeskiftet var Zambias offentlige sundhedsvæsen arbejdsgiver for kun 50 ud af i alt 600 læger, der var uddannet i landet [12]. I Indien, hvorfra vestlige lande har rekrutteret arbejdskraft med hjælp fra indiske myndigheder, har migration bidraget til landets kritiske mangel på sundhedsarbejdere [14]. På vores kontinent er der bekymring for, at central- og østeuropæiske lande uden for EU bliver taberne i det intraeuropæiske flow af sundhedsarbejdere [9].

Også i mange højtuddannede lande kæmper man for at uddanne nok sundhedsarbejdere til at opretholde kvaliteten i sundhedsvæsenet, og aktiv rekruttering af udenlandsk arbejdskraft er almindelig. I England og New Zealand er ca. en tredjedel af lægerne uddannet i udlandet [11]. I Danmark er antallet af herboende speciallæger, der er uddannet uden for Europa, firedoblet fra 42 til 175, og antallet, der er uddannet i ikenordiske EU/EØS-lande, er femdoblet fra 54 til 295 i perioden 2000-2009 [15]. I Grønland var syv ud af 16 chefdistriktslægestillinger i 2009 dækket af korttidsansatte og vikarer fordelt på 40 personer [16].

Migration af sundhedsarbejdere kan have flere positive konsekvenser, eksempelvis for aftagerlandets befolkning, sundhedsarbejderen selv og evt. dennes hjemland [3]. I Filippinerne udgjorde emigranter

! FAKTABOKS

Der mangler 4 mio. sundhedsarbejdere i verden, de fleste i lande syd for Sahara, som globalt set har 25% af sygdomsbyrden, men kun 1% af sundhedsarbejderne.

Migrationen af sundhedsarbejdere påvirkes af *push*-faktorer (f.eks. dårlige faciliteter, mangel på efteruddannelsesmuligheder og lave lønninger) og *pull*-faktorer (bedre vilkår f.eks. i den private sektor eller i udlandet). Dette afstedkommer hjerneflugt såvel internt i landet som til andre lande.

Nødvendige tiltag for at afbøde de globale, negative konsekvenser af manglen på personressurser i sundhedsvæsenet er: efterfølgelse af etisk kodeks for international rekruttering af sundhedspersonale, strategier for opskalering af arbejdsstyrken, opgavedeling og uddannelse af nye generationer af sundhedsarbejdere tilpasset lokale sundhedssystemers behov.

Hjemsendte penge 10% af landets bruttonationalprodukt i 2004, og landet gør en indsats, f.eks. gennem skattemæssige fordele, for at tilbagerekruttere udrejst sundhedspersonale, der evt. vender hjem med nye kompetencer [3]. Det er imidlertid tvivlsomt, om disse gevinster kan udligne tabet af kapaciteter i lavt udviklede oprindelseslande, hvor veluddannet sundhedspersonale ofte spiller en afgørende rolle for den videre udvikling af sundhedsvæsenet, herunder planlægning, uddannelse, forskning, ledelse og administration af sundhedstjenesten [11]. I værste fald kan migrationen have direkte negative konsekvenser for oprindelseslandets økonomiske udvikling [13].

TILTAG TIL AT LØSE KRISEN

Ingen lande er forskånet for problemer med at opbygge en passende arbejdsstyrke af sundhedsfaglige, og ingen løsninger passer til alle situationer [11]. Her vil vi præsentere et udsnit af de tendenser, der gør sig gældende på internationalt plan. Hvert land må analysere sin situation, herunder monitorere hvem og hvor mange der løbende træder ind i og ud af arbejdsstyrken af sundhedsfaglige, samt hvorfra og hvordan de uddannes [3]. Alle relevante aktører bør indgå i planlægningen af interventioner [1].

ETISK KODEKS

Skadelige virkninger ved transnational migration og rekruttering af sundhedsarbejdere kan hverken løses gennem migrations- og rekrutteringsforbud eller ved at undlade indgriben [11]. WHO vedtog i 2010 et etisk kodeks for international rekruttering af sundhedspersonale [10]. Her frarådes aktiv rekruttering af sundhedspersonale fra udviklingslande med kritisk mangel, hvilket bl.a. inkluderer Indien og store dele af Afrika (**Figur 2**). Alle lande opfordres til at tage alle midler i brug for selv at uddanne og fastholde til-

strækkeligt med kvalificeret sundhedspersonale og reducere behovet for udenlandsk rekruttering. Desuden bør højindkomstlande yde teknisk og økonomisk assistance til forbedring af udviklingslandes sundhedssystemer og skabe bedre mulighed for cirkulering af sundhedsarbejdere med henblik på gensidigt migrationsudbytte [3, 10]. Eksempelvis indgik Sydafrika en bilateral aftale med England i 2003, hvilket gør det muligt for sundhedsarbejdere at tage et tidsbegrænset arbejds- eller uddannelsesophold i det andet land [3].

Flere sundhedsvidenskabelige fakulteter har udvekslingsaftaler med universiteter i fattigere lande med tilbud om uddannelsesophold, eksempelvis til styrkelse af lokal forskningskapacitet. Endvidere har Sydafrika i flere år afvist fastansættelse af læger fra fattigere afrikanske lande [11, 12].

RETTE KOMPETENCER I RETTE ANTAL UDFØRER RETTE OPGAVER PÅ RETTE STED

Sådan lyder den løsning, hvert land gerne vil regne sig frem til, men det er ikke let. En øgning i optaget på medicinstudierne på 10% vil efter ti år medføre, at udbuddet af læger øges med kun 2% [1]. Det er derfor vigtigt at udforme langsigtede strategier for opskalering af arbejdsstyrken, f.eks. tiårsplaner [2]. Velstruktureret opgavedeling er et ofte nævnt værktøj, og i flere lande har man valgt at uddanne nye niveauer af sundhedsfaglige [17]. Eksempelvis udfører ikkelægeligt kirurgisk personale kejsersnit i Mozambique [17], og kliniske sygeplejersker har egne konsultationer i flere afrikanske lande [18]; begge modeller kan fremvise gode resultater. I et randomiseret studie er det påvist, at sundhedsassistenter med en

FIGUR 3



Sundhedsklinik i Zimbabwe.
Fotograf:
Per Kallestrup.

 FIGUR 4

GHWA's film Imagine. www.youtube.com/user/ghwvideos.jpg.



yderst basal uddannelse kan nedsætte dødeligheden blandt nyfødte med 54% [19]. Rekruttering af personale til landdistrikter, som i flere lavindkomstlande bebos af 70-80% af befolkningen [20], kan givetvis lattes ved at øge optaget af studerende fra udkantsområder [21]. Også administrationen af personressurser i sundhedsvæsenet har betydning for rekruttering og fastholdelse samt for sundhedspersonalets motivation til at yde sit bedste [1, 21].

DEN NYE GENERATION AF SUNDHEDSFAGLIGE

I flere lande er sundhedsuddannelser kendetegnet ved ikke i tilstrækkeligt omfang at afspejle det lokale behov for sundhedsydelser, som sundhedssystemet skal imødekomme, og ved at vedligeholde eller sågar forstærke professionelle siloer [22]. Dette kan fremme en principiel modstand over for eksempelvis deling af et kompetenceområde med en anden opkvalificeret faggruppe. Internationalt lægges der derfor op til uddannelse af en ny generation af sundhedsarbejdere. Disse skal trænes målrettet til at agere i det lokale sundhedssystem, forholde sig kritisk til de givne rammer og aktivt kunne skabe forbedringer heri (Figur 3). Studieordningerne bør drives af de kompetencer, der ønskes i sundhedssystemet, herunder træning i tværfagligt samarbejde og øget interaktion med de lokalsamfund, som systemet betjener [22].

GLOBALT PROBLEM – GLOBAL LØSNING

Den globale mangel på sundhedsarbejdere kan ikke løses ved, at hvert land kører sit eget løb. Mulige strategier må tilpasses af hvert enkelt land og bør hvile på en global konsensus, ideelt set koordineret af et over-

nationalt organ. Det er afgørende med samarbejde om løsningerne på tværs af sektorer, professioner, lande og kontinenter. Endvidere er der brug for mere forskning på området, da *human resources for health* (HRH) stadig er et nyt forskningsfelt. På internationalt plan har WHO stillet sig i spidsen for en bred koalition af interessenter: Global Health Workforce Alliance (Figur 4). I Danmark er bl.a. Globale Læger og Center for Global Sundhed på Aarhus Universitet (GloHAU) optaget af HRH-spørgsmål og ønsker at bidrage med forskning i og oplysning om emnet.

KORRESPONDANCE: Michael Schriver, Center for Global Health, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Batholins Allé 2, 8000 Aarhus C.
E-mail: micschriver@gmail.com

ANTAGET: 6. marts 2012

FØRST PÅ NETTET: 9. april 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Res Health* 2003;1:1.
- Global Health Workforce Alliance. Scaling Up, Saving Lives: Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. 2008. www.who.int/workforcealliance/about/taskforces/education_traini (20. aug 2011).
- The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO, 2006.
- The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO, 2008.
- Poz MRD, Gupta N, Quain E et al. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries. Geneva: WHO, 2009.
- Crisp N. Global health capacity and workforce development: turning the world upside down. *Infect Dis Clin North Am* 2011;25:359-67.
- Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. WHO Document Production Services. Geneva: WHO, 2007.
- Aabenhus MM, Schriver M, Kallestrup P. Primær sundhedstjeneste bidrager til global sundhed. *Ugeskr Læger* 2012;174:1518-21.
- The European Observatory on Health Systems and Policies Series. Human resources for health in Europe. Berkshire: Open University Press, 2006.
- User's guide to the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: WHO, 2011.
- Joint Learning Initiative. Human resources for health overcoming the crisis. Cambridge: Harvard University Press, 2004.
- Worley P, Couper ID. The ethics of international recruitment. *Rur Rem Health* 2002;196:2.
- Ahmad OB. Managing medical migration from poor countries. *BMJ* 2005;331:43-5.
- Rao M, Rao KD, Kumar AKS et al. Human resources for health in India. *Lancet* 2011;377:587-98.
- Tabel: Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede. [www.sst.dk/Indberetning og statistik/Sundhedsdata/Arbejdsmarked/Arbejdsstyrken af sundhedsuddannede.aspx](http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Arbejdsmarked/Arbejdsstyrken%20af%20sundhedsuddannede.aspx) (17. aug 2011).
- Departementet for Sundhed. Redegørelse om Sundhedsreformen, 2010. Naalakkersuisut, Government of Greenland, 2010. www.peqqik.gl/Publikationer/Rapporter_og_redegoerelser/Redegoerelse_Sundhedsreform.aspx (12. jan 2012).
- Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP et al. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Hum Res Health* 2011;9:1.
- Shumbusho F, van Griensven J, Lowrance D et al. Task shifting for scale-up of HIV care: evaluation of nurse-centered antiretroviral treatment at rural health centers in Rwanda. *PLoS Med* 2009;6:e1000163.
- Kumar V, Mohanty S, Kumar A et al. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;372:1151-62.
- World Population Prospects: The 2010 revision. New York: UN, 2010.
- Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: WHO, 2010.
- Chen L, Bhutta ZA, Cohen J et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2011;376:1923-58.