



DET KONGELIGE
UTENRIKSDEPARTEMENT

Forslag til tiltak i norsk utenriks- og utviklingspolitikk for å motvirke den globale helsepersonellkrisen

Rapport fra arbeidsgruppe ledet av
Utenriksdepartementet, med deltagelse fra
Arbeids- og inkluderingsdepartementet,
Helse- og omsorgsdepartementet,
Kunnskapsdepartementet, Helsedirektoratet
og Norad

norge

FORKORTELSER

AID	Arbeids- og inkluderingsdepartementet
AU	African Union
CHAM	Christian Health Association of Malawi
COP	Code of Practice for international recruitment of health workers
DHIS	District Health Information System
EFTA	European Free Trade Association
ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
EU	European Union
EØS	Det europeiske økonomiske samarbeidsområdet
FN	Forente nasjoner
G8	Gruppe med de 8 ledende industrinasjonene i verden
GATS	General Agreement on Trade in Services
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunisation
GFATM	Global Fund for Aids, Tuberculosis and Malaria
GFMD	Global Forum for Migration and Development
GHWAA	Global Health Workforce Alliance
HISP	Health Information Systems Programme
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HRH	Human Resources for Health
HSS	Health Systems Strengthening
IHP	International Health Partnership
ILO	International Labour Organization
INGO	International Non-Governmental Organisation
IOM	International Organisation for Migration
KD	Kunnskapsdepartementet
MUL	Minst utviklede land
NGO	Non-Governmental Organisation
NOMA	Norads program for masterstudier
NUFU	The Norwegian Programme for development, research and education
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PRIO	International Peace Research Institute, Oslo
RBF	Resultatbasert finansiering
SADC	Southern African Development Community
SAFH	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
SMK	Statsministerens kontor
SWAp	Sector-Wide Approach
TUM	Tusenårsmålene
UD	Utenriksdepartementet
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
WHO	World Health Organisation
WTO	World Trade Organisation

INNHold:

Sammendrag	4
1. Innledning	10
2. Bakgrunn.....	12
3. Helsepersonellsituasjonen i utviklingsland	15
3.1. Datagrunnlag generelt, og med fokus på noen samarbeidsland.	15
3.2. Noen nasjonale utfordringer og strategier i relevante utviklingsland	17
3.3. Regionale forhold og regional innsats.....	21
4. Status for internasjonal helsepersonellagenda og utviklingssamarbeid	22
4.1. Utvikling av helsepersonellagendaen	22
4.2. Norsk politikkpåvirkningsarbeid internasjonalt	23
4.3. EU/EØS, ILO, WTO, GATS og internasjonal handel med helsetjenester.....	24
4.4. Grenseflate til prosjekt Migrasjon og utvikling, Pakistan Pilotprosjekt	28
4.5. Norsk bistand til helsepersonell i utviklingsland	29
4.5.1. Gjennom bilateralt, stat-til-stat utviklingssamarbeid	29
4.5.2. Statsministerens tusenårsmålssetting	30
4.5.3. Prosjekter som involverer norske helseaktører	30
4.5.4. ESTHER - sykehus-til-sykehussamarbeid	31
4.5.5. Gjennom multilaterale kanaler og globale fond	32
4.5.6. Utdanning av helsepersonell, forskning	33
4.5.7. Resultatbasert finansiering i helsetjenester	34
4.6. Behov for innovasjon og nytenkning	35
5. Migrasjon av helsepersonell	37
5.1. Gjeldende ordninger for regulering (etiske retningslinjer, bilaterale avtaler, WHO's arbeid med Code of Practice)	37
5.2. Norge som destinasjonsland for utenlandsk helsepersonell	38
5.3. Kommentarer til innhentet statistikk	41
5.4. Kommersiell norske aktørers rekrutteringsvirksomhet til Norge	41
5.5. Norske helsepersonellbehov, framskrevet.....	42
5.6. Spørsmålet om kompensasjon til sendeland eller -institusjoner	43
6. Forslag til norsk helsepersonellsatsing gjennom utviklings- og utenrikspolitikk	44
6.1. Innledning.....	44
6.2. Politisk og strategisk lederskap og pådriverarbeid.....	45
6.3. Tiltak som bidrar til mestring av helsepersonellmigrasjon	46
6.3.1. <i>Code of Practice</i> (COP) for internasjonal rekruttering av helsepersonell.....	46
6.3.2. Bilaterale avtaler	46
6.4. Tiltak som bidrar til å styrke landenes kapasitet til effektiv helsepersonellforvaltning	48
6.4.1. Kapasitetsbygging av helsepersonellkomponent i nasjonale helsesystemer	48
6.4.2. Økt innsats for å styrke helsepersonellutdanning og forskningssamarbeid	49
6.4.3. Bedre datagrunnlag for å informere politikk og resultater	50
6.4.4. Resultatbasert finansiering som virkemiddel	51
6.5. Bistand gjennom multilaterale og internasjonale kanaler og aktører	52
6.6. Bilateral finansiell bistand til samarbeidsland	53
6.7. Tilrettelegging for mer målrettet deltakelse fra norske helseaktører	54
6.8. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	55
VEDLEGG: Mandat.....	56

Sammendrag

Mangel på helsepersonell er i dag en alvorlig begrensning for mange lands muligheter til å sikre folkehelse og økonomisk utvikling. Krisen rammer de fattigste landene aller mest. Det er globalt et betydelig misforhold mellom behov og tilgang på kvalifisert personell. Generelt utdannes det for få helsearbeidere, mange av de som er utdannet går over i andre yrker, den demografiske utviklingen innebærer nye krav til omsorg og medisinske muligheter gir høyere etterspørsel av spesialisert helsepersonell (kapittel 1 og 2).

Helsepersonell er også skjevt fordelt og i mange sammenhenger dårlig utnyttet. Markedsfaktorer og retten til bevegelse over landegrenser gjør at land med svakest utbygde tjenester og dårligst lønns- og arbeidsforhold er kritisk rammet, mens land som kan betale og tilby bedre livsvilkår utnytter sin markedsfordel til å dekke sine behov med importert arbeidskraft. Det er denne situasjonen som betegnes som en global helsepersonellkrise, og som skaper høy sårbarhet og redusert helsesikkerhet for hele verdenssamfunnet. Løsninger krever derfor internasjonalt samarbeid så vel som tiltak i hvert enkelt land for å oppnå at alle har tilgang til de mest grunnleggende tjenester og for at det skal være mulig å oppnå tusenårsmålene som FNs medlemsland har forpliktet seg til (kapittel 3).

Den globale helsepersonellkrisen berører også Norge. Ønsket om en helhetlig, koherent norsk helsepersonellpolitikk nasjonalt og internasjonalt, var Regjeringens utgangspunkt for å be om at to arbeidsgrupper ble nedsatt, i mars 2008. Denne rapporten er fra arbeidsgruppen som utredet utviklings- og utenriksfeltet. Med utgangspunkt i sammenhengen mellom nasjonale og internasjonale utfordringer har gruppen vurdert aktuelle virkemidler for norsk utenriks og utviklingspolitikk (kapittel 4 og 5).

Arbeidsgruppens har i samsvar med sitt mandat lagt vekt på tiltak som kan øke dekningen av kvalifisert helsepersonell og funksjonelle helsetjenester i lavinntektsland. Innsats for utdanning og forskningssamarbeid, arbeidet med en etisk kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell og mulige avtaler og ordninger for kompensasjon overfor avsenderland når utdannet personell rekrutteres over landegrenser, er gitt særlig oppmerksomhet (kapittel 6).

Gruppen slår fast at svake helsesystemer med sviktende ressurser finansielt, utstyrsmessig og organisatorisk har en overordnet betydning når lavinntektsland opplever en kritisk mangel på helsepersonell. Migrasjon er en medvirkende årsak, og i mange sammenhenger selve symptomet på krisen. Utdanning av helsepersonell har ikke vært tilstrekkelig prioritert, verken av landene selv eller deres bistandspartnere. Helsepersonell har vært behandlet som en driftskostnad og ikke en investering.

Arbeidsgruppen, ledet av Utenriksdepartementet og med medlemmer fra HOD, KD, AID, Helsedirektoratet og Norad, bekrefter betydningen av de allerede pågående tiltakene i norsk utenriks- og utviklingspolitikk. Gruppen peker på at disse bør sees i en videre sammenheng, forsterkes og fokuseres mer strategisk, og suppleres med nye tiltak.

Det foreslås til slutt at ansvar for oppfølging, koordinering og rapportering bør legges til UD, for å sikre en strategisk samlet innsats framover.

Anbefalingene

Arbeidsgruppen understreker at selv om helsepersonellkrisen er et globalt fenomen, er årsaksforholdene sammensatt av en rekke faktorer som på ulike vis samvirker i hvert enkelt

land. Dette betyr at det også er behov for løsninger som er skreddersydd til hvert lands situasjon, basert på analyser av markedsforhold, helsesystemfaktorer og sykdomsbilde, utdanningskapasitet, forholdet mellom offentlige og private tilbud, organisering, finansiering og regulering.

Norge kan i sin utenriks- og utviklingspolitikk *bidra til å*

- **synliggjøre** helsepersonell som en gjennomgående kritisk faktor i hvert lands helsesikkerhet og deres muligheter til å nå de helserelaterte tusenårsmålene,
- **skape nødvendige internasjonale rammebetingelser** for at hvert land skal kunne sikre helsepersonell som del av et grunnleggende helsetilbud for alle sine innbyggere
- **fremme institusjonssamarbeid og partnerskap mellom land** basert på gjensidige forpliktelser og avtaler knyttet til utdanning, utveksling og forskning og oppmuntre norske aktører til aktiv medvirkning
- **bruke bistandsmidler på måter som styrker landenes kapasitet** til å utdanne, rekruttere, fordele, forvalte og beholde nødvendig helsepersonell.

Arbeidsgruppen viser til at det er mulig å styrke resultater av norsk utenriks- og utviklingspolitikk på helsepersonellområdet ved å kombinere ulike virkemidler og bruke dem strategisk og konsistent.

Anbefalingene grupperes i seks innsatsområder, og kombinerer behov for politikkpåvirkning, kunnskapsutveksling og økonomiske overføringer. Her gis et sammendrag av gruppens anbefalinger for målrettet utenriks- og utviklingspolitikk og bruk av bistandsmidler gjennom globale initiativ, bilaterale og multilaterale kanaler.

I. Politisk og strategisk lederskap og pådriverarbeid

Helsepersonellkrisen og den globale skjevfordeling av ressurser og muligheter til å ivareta folkehelse og helsesikkerhet er først og fremst en utfordring til politisk og strategisk lederskap nasjonalt og internasjonalt. Med utgangspunkt i den framskutte rollen Norge allerede har i arbeidet med å nå de helserelaterte tusenårsmålene, bør en fra norsk side i enda sterkere grad systematisk bidra til at løsninger på helsepersonellkrisen er høyt prioritert på den internasjonale dagsorden.

Arbeidsgruppen foreslår at Norge bidrar til internasjonalt lederskap for å møte helsepersonellutfordringene, bygget på realitetsbasert **kunnskap** og uttrykt gjennom **koherens** og **koordinering** av virkemidler på tvers av sektorer og arenaer:

- Som grunnlag for politisk og strategisk lederskap er det behov for bedre datagrunnlag for å vurdere den aktuelle situasjonen og bedre dokumentert kunnskapsbase om hva som gir best resultater. Dette er et arbeid, som må samordnes internasjonalt og gi muligheter til å dokumentere status og vurdere effekten av tiltak.
- En resultatrettet politikk for å mestre helsepersonellkrisen nasjonalt og samtidig bidra til løsninger i de landene som er mest sårbare og tyngst berørt, krever at virkemidler for nasjonal politikk, handel, utenriks- og utviklingspolitikk er samstemt.
- Det må legges opp til bedre koordinering av norsk politikk i ulike internasjonale fora som berører helsepersonellspørsmål som for eksempel WHO, WTO/GATS, G8 og Global Health Workforce Alliance (GHWa).

Norsk lederskap kan i særlig grad aktiveres gjennom:

1. Utenrikspolitikk og global helse initiativet med utenriksministre fra sju land sammen om en felles agenda for å styrke nasjonal og global helsesikkerhet, har helsearbeidsutfordringene som ett blant ti fokusområder.
2. Den norske satsingen på de helserelaterte tusenårsmålene med mødredødelighet som hovedfokus, der tjenester med adekvat bemanning er en forutsetning for resultater.
3. Arbeide for bedre koordinering og ivaretagelse av utviklingslands interesser generelt og hensynet til deres helsesektor i WTO/GATS forhandlingene.
4. Økt vekt på kunnskap om regionale perspektiv og bedre kommunikasjon mellom regionale aktører som bidrag til norske forhandlingsposisjoner innenfor WHO, WTO, ILO, EU/EØS og annet multilateralt arbeid med disse spørsmålene.

II. Bedre datagrunnlag for å informere politikk og følge resultater

Helsepersonellkrisen er reell, men dårlig dokumentert. Det er svært fragmentert og utilstrekkelig informasjon om fordeling av ulike kategorier helsepersonell og befolkningens tilgang til tjenester med kvalifisert personell i hvert land. Tilsvarende er det utilstrekkelig informasjon om utdanningskapasitet, og om faktorer knyttet til lønn, insentiver og marked. Heller ikke er det nødvendig dokumentasjon av bevegelse av helsepersonell over landegrensar.

For å komme videre med gjensidige avtaler og løsninger er det helt nødvendig å drive fram enighet om hva slags informasjon som trengs og hvordan den kan skaffes og systematiseres. Norge bør være en pådriver i multilaterale fora for å gjøre noe med dette.

Arbeidsgruppen foreslår spesifikt at Norge

1. Engasjerer seg i samarbeidet i WHO, ILO og IOM for utvikling av forbedrede rapporteringer og datainnsamlingsmekanismer om helsepersonellmigrasjon og i relevante politikkdialoger i EU
2. Støtter allerede etablert norsk kompetanse relevant for utviklingsland (Universitetet i Oslo) med bistandsmidler hvor det fokuseres spesifikt på en helsepersonell-modul til helseinformasjonssystemer.

III. Tiltak som bidrar til mestring av helsepersonellmigrasjon

Helsepersonell utgjør i stor grad en universell profesjon, og er den yrkessektoren som opplever størst grad av internasjonal migrasjon av sitt personell. I lavinntektsland mangler jobbmuligheter, incentiver og profesjonelle karrieremuligheter - de fleste ville ofte ellers foretrekke å bli værende i eget land. Rike land med lav selvforsyningsgrad av eget helsepersonell påvirker etterspørsel og tiltrekningskraft i et stadig mer globalisert arbeidsmarked. I tillegg tappes personell i mange land fra offentlig til privat sektor (avhengig av lønnstilbud og arbeidsplassens kvalitet) og fra bygder til byene innen samme land.

Kompensasjon til sendeland for helsepersonell som migrerer, må ses som et globalt ansvar, og kan gis gjennom sammensatte tiltak for å skjerme og styrke sendelandenes helsesystem. Det vil vanskelig kunne utarbeides et omforent regelverk for kompensasjonsordninger basert på utregning pr. individ. Dette ville også innebære store administrative transaksjonskostnader. Men dersom det i fremtiden blir aktuelt å inngå bilaterale avtaler, kan former for kompensasjon innarbeides. Norge vil inntil videre bruke utenriks- og utviklingspolitiske virkemidler systematisk til styrking av utviklingslandenes helsesystemer, og samtidig ikke å aktivt rekruttere helsepersonell fra land som selv mangler personell.

Arbeidsgruppen foreslår *norsk innsats fokusert på tre hovedområder:*

1. Norge skal ikke aktivt rekruttere helsepersonell fra land som selv har mangel på personell, men påvirke arbeidet med *Code of Practice* (COP) for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Norge ønsker å styrke kodens betoning av retten til helsetjenester, noe som forutsetter bedre helsesystemer herunder bedre helsepersonellsituasjon i u-land. COP vil bli det viktigste normative instrument når den forhåpentligvis blir vedtatt på Verdens helseforsamling i 2010.
2. Bilaterale avtaler for sirkulær migrasjon tilknyttet bistandstiltak, som Statsministerens tusenårsmålssatsing, prosjektet Migrasjon og utvikling o.l. Bilaterale helsepersonellutvekslingsavtaler med utviklingsland anses ikke aktuelle så lenge Norge ikke er destinasjonsland for personell fra utviklingsland.
3. Bruke WTO som en viktig internasjonal arena for å få på plass internasjonalt rammeverk for midlertidig bevegelse av helsearbeidere over landegrensene med utgangspunkt i GATS og som tilrettelegger for at mottakerland i større grad koordinerer sin rekrutteringspolitikk/immigrasjons program med utviklingsland/sendeland og da særlig de land som har mangel på helsepersonell.

IV. Tiltak som bidrar til å styrke landenes kapasitet til effektiv helsepersonellforvaltning

Hovedtiltakene på dette området omfatter tiltak som ikke forbeholdes spesielle land, men kan iverksettes i og av ethvert samarbeidsland. De omfatter både planleggingsfunksjoner og finansiering for implementering, f.eks. finansieringsmodeller, helseinformasjonssystemer, utdanning, forskning. Norge støtter globale fellesinitierte initiativ bl.a. gjennom WHO, Verdensbanken og GHWA som promoterer kunnskapsinnhenting og modellutvikling for hva landene selv kan gjøre, samt forskning. Norges støtte gjennom Verdensbankens HRH Trust Fund gir kunnskap og må brukes aktivt og tilbys aktuelle land som kunnskapsgrunnlag for utvikling av helsepersonell- og retensjonspolitikken.

I mange lavinntektslands helsepersonellplaner er arbeidsforholdene en viktig del av retensjonspolitikken. Erkjennelsen av at nøkkelkomponenter i helsepersonelltematikk ligger utenfor helsesektorens myndighetsområde, betyr at nasjonal samhandling – i i-land som i u-land – må bedres i retning av økt koherens. Det betyr flersektorsamarbeid om arbeidsmarkedsimplikasjoner, helsepersonellutdanning, finansiering og makroøkonomiske forhold. For støtte til helsepersonellutdanning har Norge allerede etablerte programmer som foreslås utvidet og rettet mer eksplisitt mot helsepersonell.

Arbeidsgruppen fokuserer på følgende områder

- å bidra i tilretteleggerrolle på landnivå fra ambassadene
- å øremerke og utvide norsk støtte til helsepersonellutdanning gjennom programmer for høgskole- og universitetssektoren
- konsentrasjon av innsatsen til utvalgte land innen helse, aids og høyere utdanning for å fremme langsiktighet, synergier og resultater

Arbeidsgruppen foreslår:

1. Tilretteleggerrolle på landnivå:

Norge kan bidra som "convener" i et flerpartsarbeid på landnivå – enten en er i samarbeid innen utdanning, helse, forskningssamarbeid eller aids. Hver ambassade bør kunne orientere seg om hvordan helsepersonellsituasjonen ser ut og ta denne inn i sitt grunnlag for strategi slik man ellers legger f.eks. makroøkonomiske forhold til grunn. Helseekspertise i UD, Norad og norsk hjemlig forvaltning kan gi ambassadene enkle virkemidler til dette.

2. **Utdanning av helsepersonell, og forskning:**

Følgende to tilnærmingsmåter kan vurderes:

- a. NUFU-programmet og NOMA-programmet tilføres en bevilgning til et spesialtiltak rettet mot helsesektoren i tråd deres respektive programavtalers §2.2. Fordi mange vitale helsetjenester forutsetter personell med kompetanse på Bachelor-nivå, kan det videre opprettes et tilsvarende program for institusjonssamarbeid om grunnleggende helseutdanning. En forskningskomponent kan tillegges og allerede eksisterende forskning koordineres med denne satsingen. Eller:
- b. Det kan etableres et helhetlig og frittstående helseprogram etter NUFU- og NOMA-modellen med komponenter som dekker alle utdanningsnivåer (Bachelor, Master, PhD) og forskning.

Før endelig beslutning tas om valg av tilnærmingsmåte, må en faglig vurdering av disses hensiktsmessighet i forhold til ønsket måloppnåelse foretas.

V. Strategisk bruk av bistandsmidler

Bistand gjennom multilaterale kanaler og globale initiativ

Norsk hovedsatsing på helsepersonell foregår i dag gjennom multilaterale kanaler og aktører. Norges ressurser er i den store sammenheng relativt små – ca. 3 % av total internasjonal helsebistand – og må derfor inngå i sammenhenger som gir en samleeffekt. Arbeidsgruppen mener derfor at dette er riktig kanalisering av størstedelen av norske midler til utviklingssamarbeid også framover.

I tillegg til de ordinære multilaterale organisasjonene har det de siste årene vært etablert ulike globale helseinitiativ, hvor mange av organisasjonene har inngått sammen med bilaterale og private givere og stiftelser. Fordeling av bistand til helsepersonell gjennom multilaterale aktører må kontinuerlig/årlig vurderes ut fra hvilke sammenhenger de inngår i og hvor mest mulig effekt kan oppnås. Mens noen organisasjoner, særlig WHO, har viktige normative funksjoner, kan andre organisasjoner og felles helseinitiativ ha en større direkte bistandseffekt.

Arbeidsgruppen foreslår:

1. Norge fortsetter bistanden gjennom multilaterale kanaler. De viktigste multilaterale institusjonene vil være WHO, GAVI, GFATM, UNAIDS, INGOer, GHWA-initierte tiltak, og øvrige globale helseinitiativ og fond.
2. **Resultatbasert finansiering (RBF)**
 - NOK 5 mill. pr. år, til gjennomgang av og forskning på helsepersonellspesifikke implikasjoner av RBF-implementeringen i ulike land. Dels vil dette være følgeforskning, som vil gi kontinuerlig kunnskapsoppdatering om virkninger og mulige vridningseffekter av programmet slik at dets innvirkning på den totale helsepersonellsituasjonen i de respektive landene kan overvåkes.
 - Dels vil dette virkemiddelet sees i sammenheng med støtte til forskning på øvrige arbeidsmarkedsrelaterte implikasjoner for helsepersonell, slik det bl.a. gjøres gjennom den norske støtten over til sammen seks år for Human Resources for Health Trust Fund i Verdensbanken: NOK 5 mill. pr. år.

Bilateral finansiell bistand til samarbeidsland

Norge har i dag et helsesektorsamarbeid med Malawi hvor helsepersonell er et av hovedelementene. I tillegg legges Statsministerens tusenårsmålssatsing i Tanzania inn i et

sektorsamarbeid sammen med andre helsesektorgivere. Her foreslås en helsepersonellkomponent, som allerede er under utvikling og eventuelt kan styrkes ytterligere gjennom en resultatbasert finansiering for Tusenårsmål 4 og 5 aktiviteter.

En stor andel av norsk bilateral bistand kanaliseres gjennom sivilt samfunn og frivillige organisasjoner (ca. 30%). Helseporteføljen er betydelig og bør opprettholdes. Norske frivillige og private helseaktører oppmuntres dessuten til partnersamarbeid bl.a. gjennom ESTHER-modellen for institusjonssamarbeid. Til sist åpner arbeidsgruppen for at bevilgningen til humanitære tiltak kan utredes med tanke på helsepersonellutdanning for mulige krisesituasjoner i utvalgte utviklingsland.

Arbeidsgruppen foreslår:

1. Innsats for kapasitetsstyrking
 - i. i land som vi har helsesektor-samarbeid med (Malawi) og i samarbeidslandene for statsministerens tusenårsmåliniativ (Tanzania, Pakistan, India, Nigeria)
 - ii. i land der norske institusjoner og sykehus har institusjonssamarbeid (bl.a. Etiopia, Sør-Afrika, Malawi)
 - iii. i land der utvekslingsordninger finnes gjennom Fredskorpset og ESTHER-modellen
 - iv. i land der Norge kan bidra gjennom IHP-mekanismen¹ som Norge er del av
 - v. ved å bygge helsepersonell inn likt i både helse- og hiv/aidssatsingene.
 - vi. ved å utrede mulighet for en mer systematisk støtte til regional helsepersonellutdanning over humanitær-bevilgningen, som beredskap for kriser og katastrofer

VI. Tilrettelegging for mer målrettet deltakelse fra norske aktører

Det har allerede lenge vært en realitet at mange norske helsemiljøer har engasjert seg i partnerskaps- og institusjonssamarbeid i utviklingsland. Innsatsen er spredt tematisk og på land, men utgjør et solid potensial for at helsepersonell- og helsesystemstyrking kan inngå. Det er også interesse for dette i de norske organisasjonene og fagmiljøene. Fra utviklingsland kommer det jevnlig forespørsler om medvirkning og partnerskap på dette feltet.

For å utnytte den interessen og ressursene som også norske fagmiljøer har, er det nå opprettet en finansierungsordning med helsepersonelltemaet som et hovedkriterium i helseinstitusjonssamarbeidsmodellen ESTHER. Det foreslås i tillegg at det oppmuntres til opprettelse av et nettverk for helsesamarbeid, som kan samle erfaringer og informere om ”beste praksis” til deltakerne.

Arbeidsgruppen foreslår:

1. Et samordningsorgan (norsk helsennettverksplattform) gis støtte, for å bedre samordne og sikre kvalitet i norske helseinstitusjoners og organisasjoners medvirkning, og som ledd i arbeidet for bedret internasjonal samordning.
2. Finansiering til partner- og institusjonssamarbeid gis, først og fremst gjennom ESTHER-samarbeidsmodellen, for å sikre forutsigbare samarbeidsrelasjoner for partnere.

¹ IHP – International Health Partnership ble lansert i 2007 med statsministeren som en av initiativtakerne bl.a. sammen med Storbritannias statsminister. Et giverkoordineringsinitiativ for helsesektorsamarbeid og med muligheter for finansiering. Har valgt ut noen land for samarbeidskoordinering i første omgang – Mosambik, Burundi, Etiopia, Kenya, Mali, Nigeria, Zambia, Nepal, Kambodsja.

1. Innledning

De siste årene har helsepersonellmangelen² i utviklingslandene fått økende oppmerksomhet også i Norge. Gode nasjonale helsesystemer er en av de viktigste forutsetningene i et utviklingsperspektiv. Den påviste sammenhengen mellom en god helsetjeneste, helse og velstand i en befolkning, viser nødvendigheten av styrkede helsesystemer, herunder primærhelsetjeneste. I dag mangler de fleste land både tilstrekkelig kapasitet og kompetent helsepersonell.

Mangel på helsepersonell er en alvorlig begrensning for mange lands muligheter til å sikre folkehelse og økonomisk utvikling. Helsearbeiderkrisen representerer også sårbarhet for globale trusler mot helsesikkerheten, enten det gjelder smittsomme sykdommer, klimakatastrofer eller andre trusler der et velfungerende helsevesen utgjør et viktig beredskapselement. I dag er det ikke helsepersonellmangel i Norge, men det er bred politisk enighet om å dekke vårt framtidige behov for helsepersonell på måter som ikke forverrer situasjonen for utviklingsland med kritisk mangel på helsearbeidere³. Pr. i dag er bare fem prosent av arbeidsstyrken i helsesektoren i Norge utenlandske borgere, av disse svært få fra utviklingsland. Forholdene ligger dermed godt til rette for å legge opp en omforent og forsvarlig politikk for fremtiden. I vurderingen av konkrete politiske tiltak, er det imidlertid viktig å ha in mente de mange dilemmaer som preger dette politikkområdet.

Den innen- og utenrikspolitiske utfordringen er også av betydelig format. Selv om det framtidige behovet for helsepersonell er vanskelig å forutsi, tilsier bl.a. den demografiske utviklingen i Norge et visst underskudd på helse- og pleiepersonell fram mot 2030, særlig hjelpepleiere og sykepleiere, som vil øke enda mer fram mot 2050. Sentrale faktorer er de høye fødselstallene i årene etter krigen, fulgt av et bratt fall til et lavere nivå fra 70-tallet av, økende levealder og bedre medisinske muligheter og rettigheter. Dette inntreffer samtidig som situasjonen vil være langt mer kritisk i mange andre land, og er til sjuende og sist en global utfordring med utslag på en rekke politikkområder.

I St.mld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer* sies det: ”De demografiske utfordringene er både nasjonale og transnasjonale. Økt aldring i befolkningen som vil utløse økt behov for omsorgstjenester, kan derfor ikke løses ved import av arbeidskraft. Regjeringen vil understreke at det ikke er aktuelt med en målrettet rekruttering av helse- og sosialpersonell fra utviklingsland, men vil i stedet satse på tilstrekkelig innenlandsk utdanningskapasitet og egen rekruttering.”

² Med helsepersonell forstås i denne rapporten medarbeidere i helsevesenet – i offentlig, privat eller frivillig instans – og med utdanning som gir formelle kvalifikasjoner spesifikke for helsetjenester, og at de arbeider i ulike funksjoner i helsesystemet. Når helsepersonell som er ufaglært omtales nevnes det særskilt.

³ St.prp. nr. 1 (2006-2007) – Nasjonal helseplan, Helse- og omsorgsdepartementet, s. 302: “Globaliseringen medfører økt mobilitet av helsearbeidskraft. Det er i verden i dag et underskudd på fire mill. helsearbeidere. Situasjonen er særlig akutt i utviklingsland der kvalifisert helsepersonale rekrutteres til bedre betalte stillinger i industriland. Norge spiller en viktig rolle i en ny global allianse om menneskelige ressurser basert i WHO der migrasjonsproblematikken inngår som et sentralt tema. Et fundament for at utviklingsland skal lykkes bedre i å beholde egen kvalifisert arbeidskraft innenfor helsesektoren, er at rike land fører en politikk som ikke tømmer fattige land for deres få kvalifiserte helsearbeidere. Norge tar sikte på å føre en slik politikk.”

Dette er blant annet fulgt opp i St.mld. nr. 18 (2007-2008) *Arbeidsinnvandring* der helsepersonell også er omhandlet: ..”Det er viktig å begrense hjerneflukt. For å oppnå det trengs det både positive insentiver som gjør det attraktivt for dyktige fagfolk å fortsette å bo og arbeide i hjemlandet, og nasjonale og internasjonale regler som hindrer at nøkkelpersonell blir aktivt rekruttert til rikere land.”

Denne rapporten handler om hva Norge gjennom utviklings- og utenrikspolitikk gjør og kan gjøre, som del av en helhetlig norsk helsepersonellpolitikk. Regjeringen har i tillegg nedsatt en arbeidsgruppe med mandat å vurdere helsepersonellbehov og –løsninger i Norge i framtida.

Denne rapporten utgis av UD. Arbeidsgruppen som har bidratt i utarbeidelsen er oppnevnt og ledet av UD, med medlemmer fra HOD, KD, AID og Helsedirektoratet. Norad har vært sekretær for gruppen. Bidragene fra medlemmene har gitt temaene og forslagene et bredt tilfang.

Mandat

Gruppens mandat⁴ består i å følge opp regjeringens intensjon om å utvikle en politikk for rekruttering av helsepersonell på det utviklings- og utenrikspolitiske området, bl.a. i lys av

- erklæringen fra Det globale forum om helsepersonellkrisen i Kampala mars 2008
- St.mld. nr. 18 (2007-2008) *Arbeidsinnvandring*
- St.mld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*
- Nasjonal helseplan 2007-2010
- arbeidet med ny stortingsmelding om utviklingspolitikken

Gruppen skal vurdere forslag fremsatt i rapport av 2007 fra Helsedirektoratet, IS-1490 ”En solidarisk politikk for etisk rekruttering av helsepersonell” av relevans for det utviklingspolitiske området.

Videre skal gruppen fremme forslag vedrørende utkast til *Code of Practice* for internasjonal rekruttering av helsepersonell, vurdere eventuelle kompensasjonstiltak til avsenderland, vurdere eksisterende og nye virkemidler for å bistå utviklingsland og kostnader ved dette, vurdere evt. bilaterale/andre avtaler, synliggjøre sammenhengen mellom forskning, utdanning og tiltak for å øke dekningen og beholde personellet i hjemlandet, og se på hvordan man skal benytte internasjonale fora og møter for påvirkning.

⁴ Hele mandatet: Vedlegg 1

2. Bakgrunn

Helsepersonellkrisen er gradvis mer erkjent som begrensning for oppnåelse av Tusenårsmålene, som det internasjonale samfunnet fastsatte ved tusenårsskiftet og som er retningsgivende for norsk bistand på helseområdet. Tre av målene er direkte helserelaterte (mål 4 om barnedødelighet, mål 5 om mødredødelighet, og mål 6 hiv/aids), mens hele sju av de åtte målene mer eller mindre indirekte er knyttet til bedring av de fattiges helse. Høynivåmøtene om Tusenårsmålene de første årene etter 2000 identifiserte mangelen på helsepersonell som en av de mest kritiske hindringene for måloppnåelse.

Internasjonalt har debatten og arbeidet bl.a. fokusert på følgende

1. *Kunnskapsinnsamling*: Den første fasen etter tusenårsskiftet tilkom ny, oppdatert kunnskap om hva helsepersonellkrisen består i, og dens implikasjoner. *Joint Learning Initiative*⁵, rapport 2004 som utredet helsepersonellsituasjonen globalt fastslo:
 - Utbredelsen av hiv/aids betyr økt sykdomsbyrde og behov for mer personell, samtidig som helsepersonell selv rammes i de mest berørte landene
 - Arbeidsmigrasjon fra land som har minst ressurser og svakest helsesystem er økende, disse land rammes hardest av hjerneflukt
 - Kronisk underfinansiering av helsepersonellutvikling over år, og mislykkede sektorreformer i utviklingsland har bremsert rekruttering til helsesektoren
 - Kartleggingen viste at land med lav tetthet av helsearbeidere hadde høy mortalitet, og land med høy tetthet hadde lav mortalitet. Særlig er høy mødredødelighet positivt korrelert med lav helsepersonelltetthet pr. befolkning
 - Krisen gjelder ikke bare *mangel* på helsepersonell; den omfatter i tillegg bl.a. ubalanse i *sammensetning* av personellkategorier, og i *distribusjon* av disse. Det er utilfredsstillende *arbeidsvilkår* i utviklingsland som medfører dårlige tjenester og personellets *kvalitet* og kunnskap er ofte for svak.
2. *Påvirkningsarbeid*: Dette arbeidet innebærer aktiv internasjonal utenriks- og utviklingspolitisk dialog for bevisstgjøring og engasjering av politiske ledere. Det dreier seg her om å få gjennomslag for å sette helsepersonellkrisen på agendaen. Viktige internasjonale, regionale og nasjonale institusjoner, profesjonsorganisasjoner, privat sektor samt sivilt samfunn er blitt trukket med i dialog som bl.a. førte til etableringen av en *Transitional Working Group* og deretter Helsepersonellalliansen - the *Global Health Workforce Alliance*⁶ (GHWA). WHO administrerer og står som vertskap for alliansen. Den består av et styre, et sekretariat og regionale nettverk. GHWA har bl.a. nedsatt tre ekspertgrupper med h.h.v. tema *i)* finansiering av helsepersonell, *ii)* utdanning og *iii)* migrasjon. Helsepersonellalliansen har bred oppslutning som en arena for flerpartssamarbeid og som pådriver for å skape grunnlag for både kortsiktige og langsiktige løsninger.
3. *Forpliktelser*: WHO har satt fokus på helsepersonellsaken og trukket alle medlemsland med:

⁵ Human resources for health. Overcoming the crisis. 2004 Harvard University, USA, Joint Learning Initiative. ISBN 0-9741108-7-6.

⁶ GHWA <http://www.who.int/workforcealliance/en/> ble lansert i 2006 og har bredt medlemsgrunnlag: I-land, utv.land, profesjons-organisasjoner, kunnskapssentre, privat sektor, giverorganisasjoner, sivilt samfunnsorganisasjoner, multilaterale organisasjoner bl.a. WHO, Verdensbanken m.v.

- *World Health Report* for 2006 ⁷, *Working Together for Health*, førte kunnskap og påvirkningsarbeidet fra *Joint Learning Initiative* videre, og var et hovedtema på Verdens helseforsamling i 2006. Helsepersonellagendaen har generelt stor oppmerksomhet og støtte.

- *Kampalaerklæringen*⁸ og en felles global handlingsplan: På det globale Forum klarte Helsepersonellalliansen i mars 2008 i Kampala å samle et bredt spekter av aktører og interessenter om tilslutning til en felles handlingsplan for å få bukt med krisen.

En viktig del av handlingsplanen fra Kampala er sluttdelen som beskriver hvordan disse områdene skal følges opp, først og fremst gjennom nasjonale planer og tiltak med vekt på de elementene som i hvert land representerer de største flaskehalsene. GHWA vil i dette bidra til å bringe aktører sammen, gi støtte og bidra til synliggjøring. Videre skal GHWA være en plattform for læring om hva som virker. GHWA skal gjøre det mulig å følge både hva som nå gjøres og hva som ikke gjøres, og virkningene av dette. Et globalt Forum skal arrangeres hvert annet år.

- *Satsing på primærhelsetjenester*: WHO har, 30 år etter Alma Ata-erklæringen om primærhelsetjeneste, igjen satt søkelyset på primærhelsetjeneste. Verdens helserapport for 2008 har tittelen *Primary Health Care – Now more than ever*. Primærhelsetjeneste er også en av hovedsakene på Verdens helseforsamling 2009. En av forutsetningene for en velfungerende primærhelsetjeneste er at det finnes tilstrekkelig og kompetent helsepersonell for at satsingen skal kunne lykkes.

4. Konkret forslag til en ny global *Code of Practice* for internasjonal rekruttering av helsepersonell kommer etter planen på dagsorden på Verdens helseforsamling i mai 2010. Koden er blitt forberedt bl.a. av en av GHWAs arbeidsgrupper, the *Health Worker Migration Policy Advisory Council*. Statsråd Solheim er medlem i dette rådet.

Saksforberedelsen fram mot behandlingen i helseforsamlingen føres i WHO's organer og gjennom nasjonale og regionale konsultasjoner. *Health Worker Migration Policy Advisory Council* er én av flere plattformer som søker å utvikle synspunkter og kunnskap og samle oppslutning fra mange interessenter og grupper fram mot helseforsamlingen og andre arenaer.

Den norske innsatsen

Norge var blant initiativtakerne, og er den største enkelte finansielle bidragsyter, til GHWA. To internasjonale konsultasjoner ble arrangert i Oslo, i 2005 og 2006. *Transitional Working Group* med Norge som aktiv deltaker, var pådriver i lanseringen av GHWA i 2006. Helsepersonelltemaet ble likeledes løftet fram i styrene i de globale fondene GFATM og GAVI, UNAIDS og i ulike faglige og utviklingspolitiske fora der Norge har deltatt.

Under Verdens helseforsamlings behandling av helsepersonellsaken og i WHO's regionalkomité for Europa har Norge markert sin politikk.

⁷ WHO 2006 World Health Report. Working Together for Health <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>

⁸ Kampalaerklæringen og Agenda for Global Action: <http://www.who.int/workforcealliance/Kampala%20Declaration%20and%20Agenda%20web%20file.%20FINAL.pdf>

I bilateralt utviklingspolitisk samarbeid har Norge bidratt gjennom helsesektorprogrammene i Mosambik og Malawi, samt gjennom støtte til sivilt samfunn i disse og andre land, f.eks. i et eget helsepersonellprosjekt i Botswana 2005-2009. Noen norske frivillige organisasjoner og sammenslutninger av helsefaglige institusjoner og forskere er involvert i større og mindre prosjekter i utviklingsland som har helsepersonell som tema.

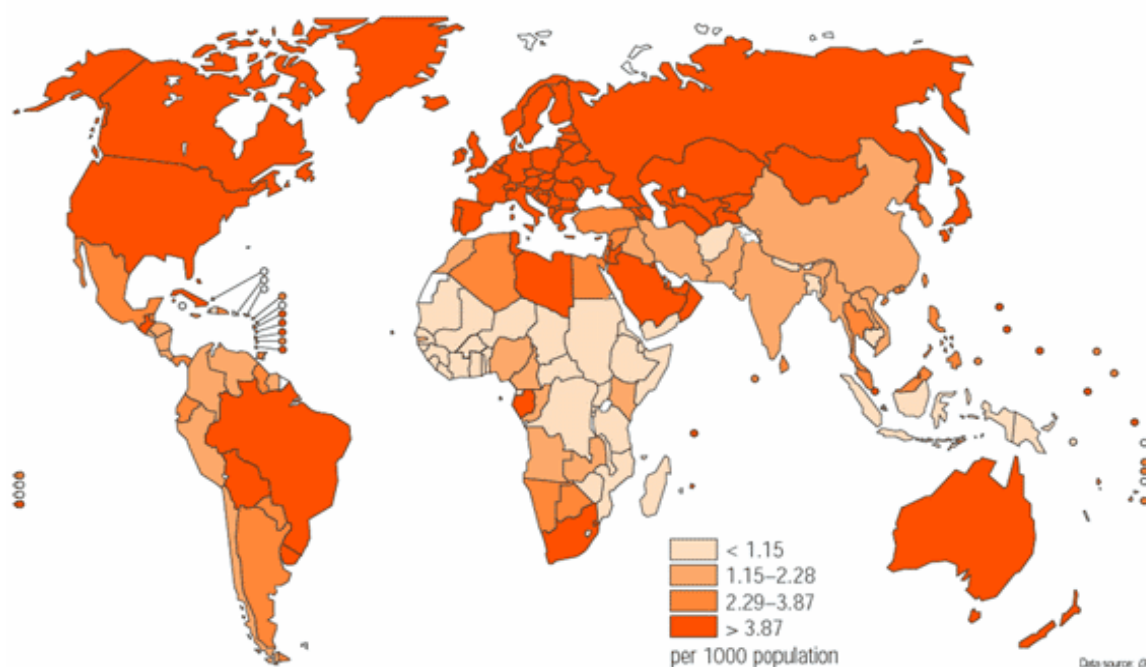
Regjeringens startskudd for den norske politikkutviklingsprosessen var en *statsråd-frokost* om temaet med fire statsråder i februar 2007. Her deltok helse- og omsorgsministeren, arbeids- og inkluderingsministeren, utviklingsministeren og kunnskapsministeren. Norge hadde da alt gått inn for et prinsipp om å føre en politikk som ikke tømmer fattige land for deres få kvalifiserte helsearbeidere, og satte seg dernest fore å utvikle en politikk som bidro til oppfølging av dette prinsippet. Norge anses å være i front blant i-land på dette området. En ny statsrådsfrokost om samme emne ble avholdt i januar 2009.

3. Helsepersonellsituasjonen i utviklingsland

3.1. Datagrunnlag generelt, og med fokus på noen samarbeidsland.

Av de 57 landene som WHO i *World Health Report 2006* beregner å ha for få helsearbeidere i h.h.t. en minimumsstandard, ligger 36 i Afrika. Mange av disse er Norges samarbeidsland, f.eks. Malawi, Mosambik, Zambia, Kenya, Tanzania, Uganda, Etiopia og i Asia; Pakistan, India, Afghanistan, Sri Lanka.

Land som iflg. WHO har mindre enn en minimumsnorm av helsepersonelltetthet, i lys farge⁹:



Landene sør for Sahara er hardest rammet av krisen. Afrika har ca. 25 prosent av verdens helsebyrder men bare 3 prosent av helsearbeiderne¹⁰. Ellers har særlig land i Sørøst Asia mangel på helsearbeidere, samt Haiti. Det er i tillegg store ulikheter og misforhold i sammensetningen av helseprofesjoner. Det kan være både politiske, sosiokulturelle og andre årsaker til det. Mens de aller fleste land har langt flere sykepleiere enn leger, er det i Bangladesh ca. 34.000 leger men bare ca. 14.000 sykepleiere¹¹. Men med en befolkning på ca. 140 mill. er det uansett mangel på alle helsearbeiderkategorier.

⁹ WHO, World Health Report 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>). Merk bl.a. at landenes helsepersonellstatistikk ofte har usikker og dårlig kvalitet. Land kan operere med andre tall enn WHO. Kartet fanger ikke opp viktige nyanser som også påvirker folks tilgang til helsepersonell, som geografisk distribusjon i landene, kompetanse- og helseprofesjons-sammensetning, forholdet privat-offentlig sektor, finansiering av tjenestene m.m.

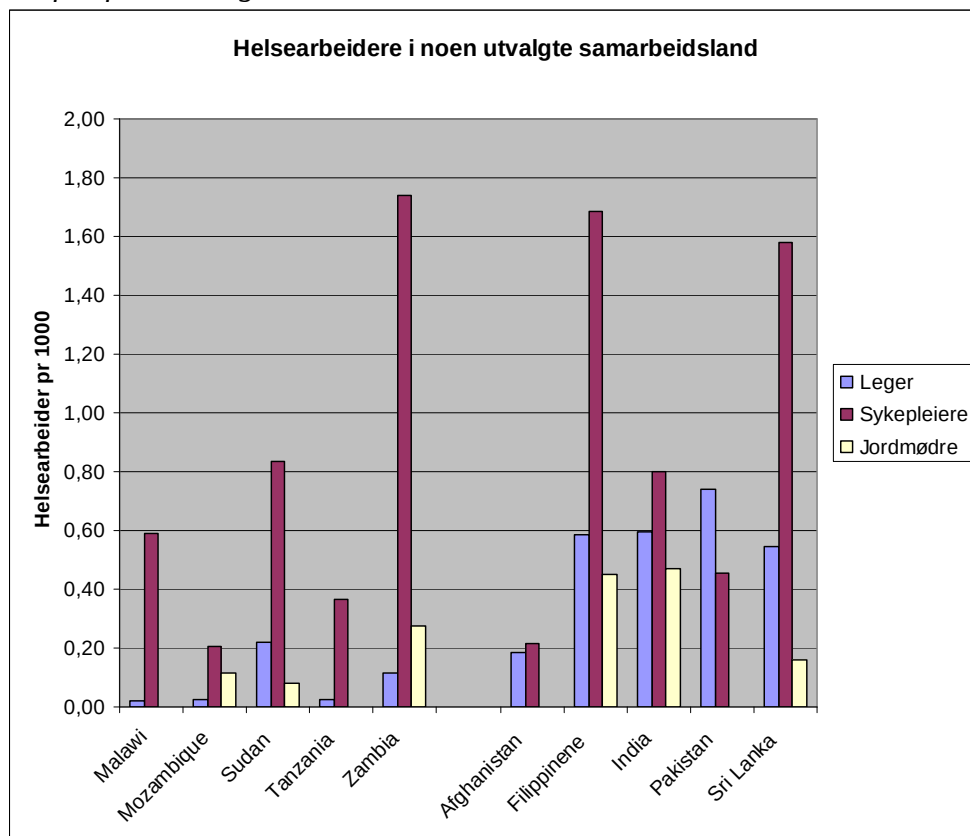
¹⁰ The Lancet, Volume 371, Issue 9613

¹¹ World Health Report 2006, WHO

Helsearbeidere pr 1000 innbyggere¹²

	Leger	Sykepleiere	Jordmødre	Tannleger	Farmasøyer
Afrika:					
Malawi	0,02	0,59	...	...	...
Mosambik	0,03	0,21	0,12	0,01	0,03
Sudan	0,22	0,84	0,08	0,03	0,10
Tanzania	0,02	0,37	...	0,01	0,01
Zambia	0,12	1,74	0,27	0,04	0,10
Asia:					
Afghanistan	0,19	0,22	...	0,03	0,02
Filippinene	0,58	1,69	0,45	0,11	0,03
India	0,60	0,80	0,47	0,06	0,56
Pakistan	0,74	0,46	...	0,05	0,05
Sri Lanka	0,55	1,58	0,16	0,06	0,06
Norge	3,13	14,84	0,49	0,82	0,37

Grafisk framstilling:



(Søyle for Norge ville gått langt over rammen, jfr. tallene i tabellen øverst på siden.)

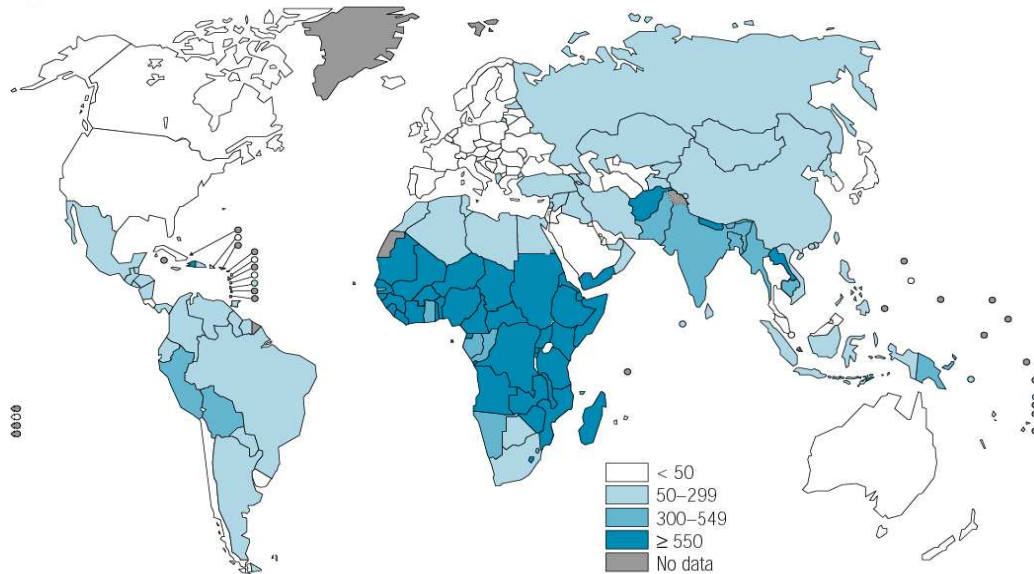
¹² WHO 2006 World Health Report. Working Together for Health <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>

3.2. Noen nasjonale utfordringer og strategier i relevante utviklingsland

Helsepersonells betydning for helsetilstanden i land

Det er ikke entydig at helsetilstanden henger sammen med mengden helsepersonell. Helsepersonell er én av flere faktorer som må på plass, men for noen pasientgrupper er det av stor betydning at det er tilgang til kvalifisert personell. Særlig gjelder dette mødre- og fødselshelse. I land med aller dårligst dekning på helsepersonell er mødredødeligheten størst (fra *World Health Report 2005*):

Figure 1.5 Maternal mortality ratio per 100 000 live births in 2000



Helsepersonellplaner

Noen utviklingsland, som Mosambik, Zambia og Malawi, har etter hvert laget helhetlige, kostnadsberegnete *helsepersonellplaner*. Disse er bare delvis gjennomført. Gjennomgående problemer med gjennomføring ligger bl.a. i

- helsedepartement med spesielt svakt utrustede helsepersonellavdelinger, både m.h.t. personell og økonomiske ressurser, organisering og status
- manglende oversikt over hvilket finansielt rom og muligheter landets økonomi faktisk har for å øke antallet helsearbeidere
- økonomisk støtte fra utviklingspartnere/givere er ikke forutsigbar og langsiktig nok
- manglende medvirkning fra myndighetssektorer utenom helsesektor (finans-, arbeids-, utdanningsmyndigheter)
- manglende involvering av privat sektor i planlegging og gjennomføring
- mangel på eksakt viten om hva slags *retensjonstiltak*¹³/-pakker (dvs. tiltak for å beholde personell) som faktisk vil virke
- svikt i andre deler av helsesystemet, f.eks. ledelse og organisering, tilgjengelighet på utstyr og medisiner

¹³ Fra det engelske uttrykket *retention*, av *retain* – ”å holde på”. Uttrykket benyttes ofte på engelsk i dette spørsmålet og et dekkende norsk ord er ikke funnet.

- konkurranse om de beste helsearbeiderne i landet mellom helseaktører med særinteresser bevirker flukt fra basistjenester, og underbemanning i deler av landet og i viktige helsetjenesteområder

Omfordeling av tjenesteansvar mellom personellkategorier ("task shifting")

Det er gjort mange forsøk i mange land på å overføre oppgaver fra en personellkategori til en annen, gjerne fra en med høyere til en med lavere kvalifikasjoner (f.eks. fra lege til sykepleier, fra lege til *medical assistant*¹⁴, fra sykepleier til *nurse assistant* som har kortere utdanning). Ofte har dette vært gjort fordi det manglet leger eller sykepleiere, og som eneste mulighet for i det hele tatt å få betjent pasienter. Med god veiledning kunne denne ordningen ha fungert bedre enn det som ofte har vært tilfelle, fordi veiledning ikke er blitt gjennomført som forutsatt. Det representerer da stor fare for feilbehandling, kan resultere i sviktende tillit til helsevesenet og at smittsomme sykdommer sprer seg samt at mange lider uten behandling. Man kan si at "task shifting" har gitt varierende effekt, og man vet at gitte forutsetninger må være til stede for at ordningen skal virke godt. WHO har i 2008 gitt ut veiledning for "task shifting" (bl.a. med støtte fra Norge) til nytte både for myndigheter og bistandsaktører¹⁵.

I tillegg har flere land opprettet en kategori ikke-fagutdannede helsearbeidere ("lay health workers") som særlig har vært satt inn i landsbygd-områder etter kort kurs og med enkle prosedyreoppgaver i helseopplysning/primærhelsetjeneste. Også her er resultatene varierende m.h.t. om virksomheten har hatt effekt på helsetilstanden. En syntesestudie som det norske Kunnskapssenteret for helsetjenesten har medvirket i, viser at effekten avhenger av spesielle forutsetninger¹⁶. Det er i dag vist at fødselshelseassistenter i Afghanistan og i India (asha'er) bevirker at flere kvinner kommer til fødselsklinikker for å føde i stedet for å føde hjemme. Mødredødeligheten går ned med hjelp av dette tiltaket. I India er det indikasjoner på at virkningen blir enda sterkere når asha'er settes inn sammen med økonomiske insentiver til moren når hun kommer til klinikk for å føde, framfor å føde hjemme.

Hiv/aids

I land med høy utbredelse av hiv/aids utgjør utbredelsen en ekstra byrde på helsevesenet p.g.a. økt sykdomsbyrde og flere pasienter. I tillegg rammer hiv/aids også helsepersonell. I Zambia er dødsfall som følge av aids den største årsaken til avgang fra helsesektoren (2004-tall), foran migrasjon. WHO har sammen med bl.a. ILO utarbeidet en guide for *Treat, Train and Retain* som skal ta vare på helsepersonells spesifikke behov i helsetjenesten. Hiv-positive helsearbeidere er f.eks. særlig sårbare for stigma og behøver egen oppmerksomhet for å sikre dem tilgang til behandling; også de behøves for å få gitt helsetjenester til andre. I noen land har man egne programmer for denne ivaretagelsen, men få land har programmer som når godt fram til alle.

Hjerneflukt/migrasjon

Se også kap. 5. Det er store utfordringer når det gjelder å få et godt bilde av mobilitetsmønstre

¹⁴ Betegnelsene kan variere fra land til land

¹⁵ WHO 2008: Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams : global recommendations and guidelines <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>

¹⁶ Syntesestudie *Lay health workers in primary and community health care*. SA Lewin, J Dick, P Pond, M Zwarenstein, G Aja, B van Wyk, X Bosch-Capblanch, M Patrick. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008 Issue 4. Konklusjon: "LHWs show promising benefits in promoting immunisation uptake and improving outcomes for acute respiratory infections and malaria, when compared to usual care. For other health issues, evidence is insufficient to justify recommendations for policy and practice. There is also insufficient evidence to assess which LHW training or intervention strategies are likely to be most effective. Further research is needed in these areas."

for helsepersonell fra utviklingsland, blant annet på grunn av manglende data og harmonisering av definisjoner¹⁷.

Problemet er dokumentert å være stort for noen land, men helsepersonellmangel er ikke skapt kun av migrasjon: I OECDs *International Migration Outlook 2007* har man funnet at .. "All African-born doctors and nurses working in the OECD represent no more than 12% of the total estimated shortage for the region. The corresponding percentage is even lower (9%) for the region with the greatest need in absolute terms: South East Asia." Til dette kan bemerkes at enkelte betydningsfulle destinasjonsland for helsepersonellmigrasjon ikke er OECD-medlemsland, deriblant de arabiske statene.

I *World Health Report 2006* (WHO) slås det fast at nærmere en fjerdedel (23%) av leger utdannet i Afrika arbeider i OECD-land, og en av 20 sykepleiere. Noen land rammes hardere enn andre. For eksempel arbeider 29% av Ghanas leger i utlandet, og 34% av Zimbabwes sykepleiere.

Et annet eksempel fra samme rapport: Andelen av leger i Storbritannia og Irland som kom fra India, Pakistan, Sri Lanka, Malaysia, Filippinene, Bangladesh og andre land fra denne regionen økte fra 9,6% til 37,3% fra 1997-98 til 2002-03¹⁸. Som det vil framgå i kap. 5 får ikke Norge på langt nær så mye migrasjon fra utviklingsland som f.eks. Storbritannia og USA. Til Norge kommer utenlandsk helsepersonell i hovedsak fra nærliggende land, og andelen er lavere.

OECDs tall er lavere, men også eldre. I OECD var det i 2000 i gjennomsnitt 10,7% av sykepleierne og 18,2% av legene som var utenlandsfødte. Over en fjerdedel av andelen av utenlandsfødte leger i OECD-land kommer gjennom mobilitet fra et annet OECD-land. Det er store variasjoner mellom landene der blant annet Polen og Finland hadde en andel utenlandsfødte leger på under 5 % mens Luxembourg hadde en andel på nesten 47 %. Land som Storbritannia, Canada, Irland, Australia og New Zealand hadde også en høy andel utenlandsfødte leger. Av de utenlandske legene i OECD kom 7,2 % fra Nord-Afrika, og 7,8 % fra Afrika for øvrig. Det er særlig i Frankrike man finner leger med bakgrunn fra Nord-Afrika. Fra resten av Afrika reiser legene i særlig grad til Portugal, Storbritannia, Canada, New Zealand og Australia. Dette har nær sammenheng med historiske forbindelser, for eksempel kolonitiden samt felles språk og til dels felles utdanningssystem med en del OECD-land.

Men migrasjonsstrømmen kan skje i "etapper" eller kjeder som også Norge er del av, hvor USA og delvis Canada er de største destinasjonslandene til slutt¹⁹. Det er grunn til å være vaktstom mot en mulig "domino-effekt" ved at noen klassiske, nærliggende sendeland til Norge (f.eks. Tyskland, i økende grad Polen og andre baltiske land) evt. fyller sine behov igjen med personell fra andre land og i en senere instans fra utviklingsland. Det finnes foreløpig ikke statistikk eller forskning som kan påvise eventuelt omfang. Det pågår imidlertid nye forskningsprosjekter, bl.a. for EUs 7. rammeprogram, som prosjektet "Mobility of Health Professionals" som utføres av *International Organisation for Migration* (IOM) i samarbeid med et tysk forskningsinstitutt.

¹⁷ OECD 2007: *International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition*

¹⁸ Birrell, R. Australian Policy on Overseas-Trained Doctors. *The Medical Journal of Australia*. 2004;**181**:635.

¹⁹ Referanse: Buchans Europastudie om "kaskade-migrasjon"

Andelen av helsepersonell i OECD med *utdanning* fra utlandet er lavere enn andelen *utenlandsfødt* helsepersonell, noe som indikerer at en del av de utenlandsfødte hadde kommet til landet i ung alder gjennom familiemigrasjon eller som studenter.

Det er en liten andel av helsepersonellet i OECD-landene som kommer fra de fattigste utviklingsland. Dette sier imidlertid lite om virkningen av hjerneflukt for sendelandene, da mange av disse i utgangspunktet har en svært lav dekningsgrad av helsepersonell. Afrikanske og karibiske land peker seg ut som å være særlig berørt av hjerneflukten av helsepersonell. Flere karibiske land samt de afrikanske landene Mosambik, Angola, Sierra Leone, Tanzania og Liberia hadde rundt år 2000 flere leger som arbeidet i OECD-landene enn som jobbet i sine hjemland.

Internasjonal migrasjon er generelt høyere for høyt utdannede enn blant de med lavere utdanning. Utenlandsfødt helsepersonell var i 2000 ikke overrepresentert blant immigranter i OECD-landene sammenlignet med andre tilsvarende yrkesgrupper med høy utdanning. En økning i migrasjonen av helsepersonell de senere årene (siden år 2000) kan ha endret dette bildet noe.

WTO/GATS-avtaleverket har implikasjoner for migrasjon. Fra enkelte hold hevdes det at de pågående forhandlingene i WTO om handel med tjenester, GATS, vil kunne føre til økt hjerneflukt av helsearbeidere fra utviklingsland. Økt bevegelse av tjenesteytere over landegrensene, inkludert helsearbeidere, inngår i diskusjonen om liberaliseringen av tjenesteområdet. Formålet med WTO-forhandlingene er å få på plass et felles multilateralt og transparent regelverk for handel med tjenester. Lykkes man med dette, kan GATS bli en viktig mekanisme for å få sør-nord migrasjon inn i mer ordnede former. For eksempel vil GATS kunne bidra til økt internasjonal harmonisering av kompetanse- og kvalifikasjonskrav for helsepersonell.

Utviklingslandene representerer forskjellige interesser og tilnærminger i GATS-forhandlingene, også i spørsmålet om økt markedsangang for tjenesteytere fra utviklingsland. Mens Filippinene har gjort det til industri å eksportere helsearbeidere, står for eksempel Bolivia for en helt motsatt linje, og mener at midlertidig migrasjon av helsearbeidere over landegrensene bør tas ut av GATS. Landet har derfor trukket sine forpliktelser om markedsadgang på helsesektoren. Flere afrikanske land har gjennomtenkte strategier og holdninger knyttet til eksport av helsetjenester og problematikken knyttet til hjerneflukt, mens i andre tilfeller ser man motstridende sektorinteresser hos det respektive lands myndigheter, noe som kan føre til en utarming av egen helsesektor.

GATS omfatter kun midlertidig bevegelse av personer over landegrensene. Per i dag er det svært få industrialiserte land som har påtatt seg forpliktelser som gir helsearbeidere fra utviklingsland adgang til deres hjemmemarkeder, og GATS kan dermed ikke sies å være en vesentlig årsak til migrasjon av helsepersonell eller hjerneflukt fra utviklingsland.

Utviklingssamarbeid og bistand har vist seg også å kunne ha utilsiktet påvirkning på helsepersonellsituasjonen i samarbeidsland. Utviklingsaktører som frivillige organisasjoner og bilaterale og multilaterale organisasjoner har fått kritikk for å gi høyere lønn enn i offentlige helsetjenester, og derved å bidra til å utarme basistjenestene f.eks. til fordel for sykdomsspesifikke giversatsinger²⁰. Som følge av dette har givere gått sammen om å utvikle

²⁰ Global Health Initiatives /GFATM studie

bedre koordineringsmekanismer for helsesystemstyrking, bl.a. i *International Health Partnership (IHP+)*²¹. IHP+ er fortsatt under utvikling med fokus foreløpig på et mindre utvalg land: Mosambik, Burundi, Etiopia, Zambia, Kenya, Mali, Madagaskar, Nigeria, Nepal, Kambodsja.

Det er viktig at landene selv tar styring med å finne løsninger og implementere dem. Det fordrer at offentlige myndighetsområder og frivillig og privat sektor i landene arbeider etter en felles strategi. Bistand kan støtte opp om slike strategier ved å hjelpe å bygge kapasitet.

3.3. Regionale forhold og regional innsats.

Regionale innsatser og plattformer er skapt for å

- a) overvåke helsepersonellsituasjonen regionvis, og
- b) oppnå mulige regionale koordineringsgevinster

Observatorier:

- *Africa Health Workforce Observatory* <http://www.afro.who.int/hrh-observatory/>
- *Asia-Pacific Alliance on Human Resources for Health* <http://www.aaahrh.org/>
- *The Latin-America and Caribbean Observatory in Human Resources for Health* <http://www.aaahrh.org/>
- *European Observatory on Health Systems and Policies* <http://www.euro.who.int/observatory>

For øvrig gir WHO, enten gjennom medvirkning eller gjennom samarbeid med observatoriene, alle sine medlemsland her en kunnskapskilde og en dialogplattform som går ut over offentlig sektor. F.eks. kan ikke-offentlige partnere med betydning for helsepersonellsituasjonen medvirke her. Det gjøres ofte i for liten grad og helsesektoren arbeider for isolert mens åpningen mot andre partnere og sektorer er nøkkel for handling. Det er en økende erkjennelse av behov for et bredere nedslagsfelt enn de offentlige sektorer, men observatoriene har ikke hittil blitt den potensielt dynamiske plattformen som behøves. Et unntak er imidlertid Asia og Latin-Amerika-plattformene, hvor utviklingen er mer dynamisk. Men over alt, inklusive i OECD-land, er private og ikke-statlige aktørers medvirkning et lite utnyttet potensial.

Regionalt samarbeid også innen kunnskapsinnhenting, forskning og investeringer i helsefaglige miljøer – deling og samordning av ressurser – har vært ineffektivt og er en utfordring for videre utvikling.

²¹ International Health Partnership <http://www.internationalhealthpartnership.net/>

4. Status for internasjonal helsepersonellagenda og utviklingssamarbeid

4.1. Utvikling av helsepersonellagendaen

Den internasjonale helsepersonellagendaen vokste fram i kjølvannet av vedtak om Tusenårsmålene. Helsepersonellkrisen framsto som en kritisk flaskehals for oppnåelse av de helserelaterte målene.

Noen av de mest avgjørende prosessene startet med bevisstgjøringen om krisen som framkom med tyngde på Høynivåmøtene om Tusenårsmålene fra 2004 og framover.

Kunnskapsutviklingen om problemet som kom i *Joint Learning Initiative 2004* og *World Health Report 2006*, beredte grunnen for mobilisering av et bredt spekter av interessenter på regionale og internasjonale møter, herunder i G8- og FN-sammenheng.

Etablering av Helsearbeideralliansen (GHWa) i 2006 kunne samle aktører til et mer målrettet arbeid. Og på *Global Forum on Human Resources for Health 2008* oppnådde man enighet om Kampalaerklæringen og en global handlingsplan. Handlingsplanen har seks konkrete innsatsområder:

1. Bygge koherent nasjonalt og globalt lederskap for helsepersonellpolitikk
2. Sikre kapasitet for en kunnskapsbasert respons basert på evidens og felles læring
3. Oppskalere helsearbeiderutdanning
4. Opprettholde en effektiv, løsningsfokustert og rasjonelt fordelt helsepersonell-ressurs
5. Håndtere trykket i det internasjonale helsearbeidsmarkedet og dets innvirkning på migrasjon
6. Sikre ytterligere og mer produktive investeringer i helsepersonell

I tillegg har det vært andre internasjonale milepæler hvor helsepersonellagendaen har tatt form, både regionvis og globale²².

²² Høynivåmøtet om Tusenårsmålene, Geneve 2004. Resolusjon nr 57.19 i Verdens helseforsamling 2004 og nr. 58.17 i 2005. Joint Learning Initiative Report 2004. Høynivåmøtet om Tusenårsmålene, Abuja 2004. African Union møtet, Abuja 2004. Oslo Consultation, februar 2005: Transitional Working Group on HRH etablert. Resolusjon nr 58.17 i Verdens helseforsamling 2005. Africa Commission Report 2005. G8-møtet i Gleneagles 2005. Africa Stakeholder Consultation, Brazzaville 2005. Asia Network Bangkok 2005. Africa regional Health Ministers møte, Maputo 2005. UNGA (FNs Generalforsamling), New York 2005. PAHO Observatory (amerikanske land), Toronto 2005. AU's helseministermøte, Gaborone 2005 (og Joh.burg i 2007). Høynivåmøtet om Tusenårsmålene, Paris 2005. Oslo Consultation II, februar 2006. World Health Report 2006: Working together for Health. Global Health Workforce Alliance (GHWa) etablert, 2006. Høynivåmøtet om Migrasjon og utvikling, New York 2007. GHWa Task Forces opprettet: Utdanning, migrasjon, finansiering. 2007. Global Forum on Human Resources for Health, Kampala 2008. Verdens helseforsamling 2008. Presentasjon av rapport om intensivert helsearbeiderutdanning, 2008. International Health Partnership (IHP) etableres med bl.a. HRH på agendaen, 2008. PEPFAR (The US President's Emergency Plan for Aids Relief) inkluderer HRH, 2008. Den 12. internasjonale aidskonferansen, Mexico 2008. G8-møtet i Hokkaido 2008. Migrasjon: Utkast til Global Code of Practice for rekruttering av helsearbeidere presentert av WHO-sekretariatet 2008.

4.2. Norsk politikkpåvirkningsarbeid internasjonalt

GHWA

Norge v/UD og Norad har deltatt i de internasjonale, utviklingsrelaterte prosessene om helsepersonellkrisen fra diskusjonen kom opp etter tusenårsskiftet, og også ført an i å sette agendaen. Forut for etableringen av GHWA var det to internasjonale konsultasjonsmøter i Oslo (2005, 2006) med Norge som vert. Her ble *Transitional Working Group* etablert (2005) som dannet ramme og retning for arbeidet fram til GHWA tok over. Norge v/UD gikk så inn i styret i GHWA, støttet av Norad. Hittil har Norge støttet GHWA med 20 mill. kr. pr. år i 2006, 2007 og 2008 og er største enkeltgiver. Siden mai 2008 har Norge v/UD hatt styreleder vervet i GHWA. I forberedelsen til det globale Forum i Kampala i 2008 ledet Norge organisasjonskomiteen for arrangementet.

Støtte til forskning i Verdensbanken

I 2005 gikk Norge inn med 15 mill. kr. i støtte til et *Human Resources for Health Trust Fund* i Verdensbanken. Fondet har forsket på helsepersonell i et utvalg afrikanske land: Arbeidsmarkedsforhold, incentivpolitikk, økonomiske implikasjoner av å øke helsepersonellantallet m.m. I 2008 bevilget Norge ytterligere 15 mill. kr. over tre år til en fase II av prosjektet. Resultatene fra dette forskningsarbeidet vil gi innspill til prosessene i fora hvor Norge aktivt medvirker, f.eks. GHWA, WHO, de globale helsefondene og i øvrige konsultasjoner om helsesystemfinansiering og givermodalitet.

WHO

Norge har støttet resolusjonene på Verdens helseforsamling i 2004 (resolusjon 57.16) og 2005 (resolusjon 58.19) om globale retningslinjer (*Code of Practice*) for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Det er den norske helseforvaltningen v/Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet som fronter saken for Norge i WHO. Utgangspunktet for resolusjonen er at utviklingsland må skjermes mot markedskrefter og rekrutteringspraksis fra i-land for at ikke helsesystemene deres og befolkningens rett til helsetjenester skal rammes ytterligere. Samtidig er det en balansegang mot individets rett til å søke arbeid i andre land. WHO's medlemsland har hittil vektet disse hensynene ulikt. Det er Norges posisjon at retningslinjene må ta overordnet hensyn til befolkningenes rett til helse og benytte incentiver og reguleringer og utvikle politikk som sikrer denne retten.

Globale fond, programmer og helseinitiativ

I ulike regionale og internasjonale sammenhenger og møter, herunder hiv/aids agendaer og styrene i UNAIDS, GFATM og GAVI, har Norge søkt å få helsepersonell-hensyn inn på agendaene og i virkemidlene. Norge har støttet *Health Systems Strengthening* (HSS) finansiering i GAVI, og arbeider med helsepersonellkomponenten gjennom vår indirekte styrerepresentasjon i GFATM (Point 7). Aids- og helsesatsinger søkes sett i sammenheng fra norsk side. Helsepersonell har likeledes vært et viktig tema i Statsministerens taler i FN og andre fora om satsningen på Tusenårsmål 4 og 5.

Utenrikspolitikk og global helse

I september 2006 lanserte utenriksministrene i Brasil, Frankrike, Indonesia, Norge, Senegal, Sør-Afrika og Thailand et initiativ som tok sikte på å gi ny oppmerksomhet til sammenhengen mellom utenrikspolitikk og global helse. Det er møter mellom ministrene, felles handling der dette er aktuelt og jevnlig kontakt mellom helseeksperter utnevnt av ministrene. Til grunn for initiativet ligger en erkjennelse av at utenrikspolitiske tiltak og virkemidler kan ha store

konsekvenser for folkehelse i de land som er involvert. Samtidig er utenrikspolitiske virkemidler ofte nødvendig for å ivareta globale helsesikkerhetsutfordringer.

I en felles erklæring i mars 2007 ble det formulert en felles dagsorden med til sammen ti prioriterte saksfelt innen tre hovedtema:

- **å sikre kapasitet for helsesikkerhet**, ved å utvikle kriseberedskap, bekjempe smittsomme sykdommer og møte den globale helsepersonellkrisen
- **å møte truslene mot global helsesikkerhet**, i konfliktsituasjoner, i naturkatastrofer, gjennom å møte HIV/AIDS-epidemien og i truslene mot naturmiljøet
- **å sikre at globaliseringen kommer alle til gode**, i utviklingspolitikken, i handels- og avtalepolitikken og i utviklingen av bedre styresett.

Helsepersonellkrisen er altså et av de ti temaene de syv utenriksministrene fremhever i møtet mellom utenrikspolitikk og global helse. Det understrekes at dagens mangel og skjevfordeling av kvalifisert helsepersonell, særlig sykepleiere, er et av de største hinder for realiseringen av helseberedskap og helsesikkerhet på nasjonalt og globalt nivå. Årsakene til krisen henger sammen med økonomisk utvikling, migrasjonsmønstre og avtaleverk rundt tjenester, noe som viser at løsningene ikke kan finnes gjennom tiltak i helsesektoren alene. Samtidig må de menneskelige ressursene utvikles innen den bredere rammen av helsesystemet som sådan, med finansiering og effektiv styring som sentrale faktorer.

4.3. EU/EØS, ILO, WTO, GATS og internasjonal handel med helsetjenester

EUs politikk og tiltak

EU vedtok i oktober 2008 Den europeiske pakt om immigrasjon og asyl, som beskriver hovedlinjene i EUs politikk framover. Pakten uttrykker enighet om en politikk som skal fremme midlertidig og sirkulær migrasjon, og framholder at denne politikken ikke skal forsterke hjerneflukt. I 2005 vedtok EU en strategi for tiltak mot krisen i helsepersonell i utviklingsland²³. Et år senere ble et handlingsprogram vedtatt²⁴. I tillegg har Kommisjonen lansert en *Grønnbok* om helsepersonell i EU²⁵, som også omfatter spørsmålet om å unngå å tappe utviklingslandene for helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt grønnboken ut på høring med frist for innspill 31. mars 2009. Strategien fra 2005 tar utgangspunkt i at mangelen på helsepersonell er et hinder for å nå Tusenårsmål 4, 5 og 6. En rekke tiltak listes, på landnivå, regionalt og globalt. Handlingsprogrammet fra 2006 konkretiserer dette.

På landnivå skal helsepersonell inn som eget punkt i den politiske dialog om landets egen planlegging, fattigdomsbekjempelse og helsepolitikk, samt satsing på bedret datatilgang. Det foreslås sterkere engasjering av sivil og privat sektor, standardisering av målinger, forskning og arbeidsmarkedsstudier, dialog med yrkesorganisasjoner og fagforeninger, samarbeid mellom opplæringsinstitusjoner og utvikling av insentivpakker som går ut over rene lønnskriterier. Budsjetstøtte ses som et effektivt virkemiddel, helst forbundet med indikatorer for måloppnåelse ("*performance milestones*") som EU samarbeider med andre om å forbedre (*Health Metrics Network*, et initiativ under WHO's vertskap). På regionalt nivå foreslås tiltak

²³ "EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries (COM(2006)642 final)

²⁴ A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007-2013) (COM(2006)870 final)

²⁵ "Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention"

særlig for Afrika (jfr. en generell satsing på Afrika vedtatt de siste år). Tiltak knyttet til utvikling av afrikansk regionalt samarbeid prioriteres, særlig om migrasjonsspørsmål (f.eks. regionale avtaler om ”*skill sharing*”), samt støtte til regional opplæringskapasitet, forskningskapasitet og økt bruk av informasjonsteknologi.

På globalt nivå foreslås at EU vedtar en egen ”*Code of Conduct*” for etisk rekruttering. Det foreslås videre økt støtte til globale finansieringsinstrumenter, bedre helseplanlegging innad i EU samt fremme av sirkulær migrasjon og samarbeid med diaspora (Kommisjonens melding om Migrasjon og utvikling, ref. kap. 4.4). EU setter av 40.3 mill euro for handlingsprogrammet for langtidsperioden 2007-13.

En ”*Progress Report*” fra Rådssekretariatet fra sept. 2008²⁶ gir inntrykk av foreløpig svak oppfølging fra medlemslandenes side. Rapporten er riktignok basert på tilbakemelding fra kun 18 av 27 medlemsland, og innhentet bare halvannet år etter handlingsplanen ble vedtatt. Dens konklusjoner gir likevel en indikasjon på tempo og retning. Innledningsvis noteres på den positive side at EU-land støtter helseprogrammer med en helsepersonellkomponent i 51 av de 57 land som av WHO sies å ha en helsepersonellkrise, at EU støtter regional forskning og kapasitetsbygging og utvikler tiltak med sikte på sirkulær migrasjon. Men det vedgås at det stort sett er snakk om en lite koordinert innsats, med svak effekt hva helsepersonell angår. Datagrunnlaget er ellers for svakt til å fastslå EUs totale innsats på feltet og om denne har økt. Det har vært liten framgang i utarbeiding av en kode for etisk rekruttering. Fire områder siles ut for styrket innsats i rapportens konklusjon: 1) bistandseffektivitet, 2) sterkere kapasitet på landnivå, som innbefatter å styrke mottakerstaters planlegging og styring av helsepersonell, 3) akselerere implementering av en europeisk *Code of Conduct* og tiltak for å fremme sirkulær migrasjon samt 4) en generell oppfordring til Kommisjonen om å bruke sitt mandat til å fremme bedre koordinering av medlemslandenes politikk. I Rådskonklusjoner av 08.11.2008 om rapporten blir det bedt om fortgang og styrket innsats både fra Kommisjonens og medlemslandenes side.

Grønnbok om europeisk helsepersonell: Det tas utgangspunkt i de generelle helsepersonellproblemer i EU som kan løses ved tiltak som utfyller nasjonal politikk. På det utviklingspolitiske felt rettes fokus mot handlingsplanen og framdriftsrapporten fra 2008. Det vises til at sykehussektoren selv i 2008 vedtok en kodeks for etisk rekruttering²⁷, til EUs selvpålagte forpliktelse til å utvikle en tilsvarende, og til land som ligger foran, der Storbritannia, Norge og Nederland nevnes. Det sies også at en slik kodeks må følges av tiltak som stimulerer sirkulær migrasjon. Et eget punkt tar opp det sviktende datagrunnlaget som primært skyldes ulike kriterier for statistikk fra land til land. Prosjektet ”*The European Migration Network*” foretok en undersøkelse av ”*managed migration*” i helsesektoren i november 2006, og konkluderte med at datagrunnlaget, særlig for tredjelandets borgere, var begrenset. Prosjekter for å bedre datatilfanget er under utvikling.

EØS-avtalen

EØS-avtalens betydning i helsepersonellsammenheng berører *deltakelse i det indre marked, med de fire friheter*, det vil si *fritt varebytte, fri bevegelighet for personer, tjenester og kapital*. Et produkt som er godkjent i ett land, er som hovedregel også lovlig i de 27 andre. Arbeidstakere og studenter fra andre EØS-land har som hovedregel krav på likebehandling med vertslandets egne borgere, også i spørsmål vedrørende trygde og godkjenning av

²⁶ ”A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007-2013). Progress report on implementation” (SEC2008)2476

²⁷ ”Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention”

yrkeskvalifikasjoner for regulerte yrker. Tjenesteytere har som hovedregel rett til å tilby sine tjenester på lik linje med nasjonale tjenesteytere.

Det felles europeiske arbeidsmarkedet er åpent for alle som er borgere av et EØS/EFTA-land. Det følger ikke rettigheter for tredjelandsborgere til mobilitet fra resten av EØS-området til Norge. Tredjelandsborgere kan få opphold i Norge etter tredjelandsregelverket, men også til en viss utstrekning etter EØS-regelverket knyttet til fri etablering og for tjenesteytelse og som familiemedlem til EØS-borger.

Generelt om GATS-avtalen

Generalavtalen om handel med tjenester, GATS, omfatter både generelle bestemmelser som gjelder *alle* tjenestesektorer og mer spesifikke forpliktelser for enkeltsektorer.

I GATS er de spesifikke forpliktelser nedfelt i såkalte nasjonale bindingslister, som inneholder de enkelte lands forpliktelser når det gjelder adgangen for utenlandske tjenesteytere til deres hjemmemarkeder. *Det enkelte land står fritt til å velge hvilke tjenester det vil forplikte seg til.* Når det gjelder de spesifikke forpliktelser innenfor enkeltsektorer, pålegger avtalen medlemmene å føre inn i sine bindingslister alle begrensninger i markedsadgang og nasjonal behandling. I bindingslistene fører medlemslandene inn forpliktelser basert på en inndeling i fire måter å levere tjenester på:

- Leveringsmåte 1: Levering av tjenester på tvers av landegrenser, dvs. at tjenesten leveres direkte fra utlandet, for eksempel telemedisin.
- Leveringsmåte 2: Forbruk i utlandet, dvs. at tjenesten leveres og forbrukes i utlandet, for eksempel helseturisme.
- Leveringsmåte 3: Etableringer, dvs. at tjenesten leveres i Norge gjennom lokalt kontor.
- Leveringsmåte 4: Tilstedeværelse av personer på *midlertidig* basis, dvs. at en utenlandsk person leverer tjenester i Norge på basis av en midlertidig arbeidstillatelse. Denne leveringsmåten gjelder bare personer som har fått arbeid *før* innreise. Det er denne typen tjenestehandel som er mest relevant for migrasjon av helsepersonell.

GATS-avtalen fastslår videre medlemmenes rett til å regulere og å innføre nye reguleringer for å tilgodese nasjonale politiske målsettinger. Bolivias tilbaketrekning av sine forpliktelser på helsesektoren i GATS er et eksempel på dette. Tjenesteavtalen begrenser ikke den nasjonale handlefrihet til å organisere den offentlige sektor på den måte en selv måtte ønske. Det er intet i WTO-regelverket som hindrer medlemslandene selv i å avgjøre hvordan de vil organisere sine offentlige tjenester, for eksempel utdanning og helse. Dog er det slik at tilbaketrekking av forpliktelser må kompenseres på en eller annen måte.

Helse- og sosialtjenester i GATS

Ifølge GATS-klassifiseringssystemet omfatter helse- og sosialtjenester sykehusdrift og andre helse- og sosialtjenester som ytes i tilknytning til institusjoner som har institusjonell pleie. Norge har ikke påtatt seg forpliktelser for helse- og sosialtjenester i sine bindingslister.

Når det imidlertid gjelder lege- og tannlegetjenester, sykepleie- og fysioterapitjenester som ikke ytes i tilknytning til en institusjon som har pleiekapasitet, regnes dette ikke som en "helse- og sosialtjeneste" i GATS, men som en "forretnings-" eller "profesjonell" tjeneste. Her har Norge påtatt seg forpliktelser om markedsadgang for utenlandsk personell, men med presiseringer av de nasjonale regler som gjelder for tjenesteytere på midlertidig basis.

U-landenes krav om liberalisering av leveringsmåte 4 i Doha-runden

I de pågående forhandlinger i Doha-runden, er utviklingslandenes viktigste krav på tjenesteområdet at industrilandene skal gi bedre markedsadgang for tjenesteytere fra utviklingsland dvs. leveringsmåte 4.

15 land med India i spissen står bak dette kravet. I tillegg har MUL²⁸-gruppen i et eget krav fremhevet leveringsmåte 4 som et av de få områdene hvor de mener å ha komparative fortrinn. Kravene omfatter alle kategorier helsepersonell definert innenfor "profesjonelle tjenester", som leger, tannleger, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter, assistenter, osv.

Selv om personbevegelser i leveringsmåte 4-sammenheng per definisjon dreier seg om *midlertidighet*, er det såpass klare grensesnitt til problematikken rundt arbeidsinnvandring at leveringsmåte 4-forpliktelser er sensitive i omtrent alle land.

Det er enighet i arbeidsgruppen om at regelverket for handel med tjenester er relevant for arbeidsmigrasjon og migrasjon av helsepersonell. Alle leveringsmåtene i GATS har en viss tematisk relevans, men det er behov for å avgrense fokuset, og arbeidsgruppen ser det derfor som ønskelig å fokusere på migrasjon av helsepersonell dvs. leveringsmåte 4, uten å utelukke fokus på de andre leveringsmåtene der dette kan være relevant.

Norge ønsker å være imøtekommande overfor utviklingsland innenfor eksisterende WTO-regelverk for handel med tjenester. Doha-runden som GATS-forhandlingene pågår i, har som utgangspunkt at avtalen skal favorisere utviklingslandenes interesser. Fra norsk side har man inntatt en positiv holdning til MULs initiativ om opprettelsen av en preferanseordning for tjenester fra MUL, slik man i dag har det på toll i WTO-avtalen.

I arbeidsgruppens diskusjoner har det vært påpekt at Norge har innenlandske reguleringer som kan oppfattes å diskriminere tjenesteytere fra utviklingsland. Eksempelvis kan norske krav om eksamener og norskkunnskaper for å praktisere i Norge legge begrensinger på hvem som faktisk får adgang til det norske arbeidsmarkedet. Bakgrunnen for språkkrav for helsepersonell er imidlertid ikke diskriminerende, men at å sikre pasientrettighetene og forsvarlig yrkesutøvelse er et overordnet hensyn. På den annen side gir tjenesteyting under leveringsmåte 4 mulighet til opphold i landet for å utføre et arbeid og skaffe seg en kompetanse som kan anvendes i hjemlandet etter endt tjeneste.

Arbeidsgruppen har drøftet om tjenesteleveringsmåte 4 vil kunne bidra til å øke midlertidig mobilitet fra de fattigste landene for eksempel til Norge. Motsetninger mellom sektorer, eller fravær av spesifikke sektorhensyn, i posisjoner fremmet av samme utviklingsland i ulike fora er et problem. Det er derfor viktig å være oppmerksom på koherens i både utviklingslands og i-lands posisjoner i multilaterale fora som WTO og WHO, når det gjelder arbeidsmigrasjon og helsesektorhensyn.

En særlig aktuell problemstilling er motsetningen mellom de land som ønsker å sende helsepersonell og de land som forsøker å begrense adgangen til sine arbeidsmarkeder. Dette gjelder blant annet India og Filippinene, som har satset på eksport av helsepersonell, og som nå krever at industrilandene skal åpne opp sine markeder for individuelle tjenesteytere. I en slik kontekst er det viktig å se utviklingslandenes krav om markedsadgang for helsepersonell i sammenheng med hvilke behov for helsepersonell slike sentrale sendeland selv kan ha. Det er

²⁸ MUL= Minst utviklede land jfr. OECD-klassifisering

rimelig å anta at sendelandene selv må vurdere denne balansen og at så lenge de selv krever økt markedsadgang for helsepersonell, vil mottakerland måtte avgjøre i hvilken grad de kan imøtekomme kravene.

ILOs *Decent Work agenda* (anstendig arbeid)

Norge støtter ILO med NOK 100 mill. i programavtalen for 2008-2009. Halvparten av disse midlene er strategisk øremerket til likestillingsarbeid og arbeid mot tvangsarbeid og menneskehandel. NOK 25 mill. av disse midlene er øremerket til ILOs arbeid med å fremme sosial dialog og styrke arbeidsinspeksjoner. ILOs *Decent Work agenda* er aktuell for helsepersonellkrisen ved at en vesentlig styrking av arbeidstakers rettigheter, sosial dialog og arbeidsinspeksjoner er sentrale virkemidler for å beholde kompetansen i land som eksporterer helsepersonell. ILO har satt fokus på at land som utdanner og eksporterer helsepersonell må fremme arbeidstakerrettigheter og sosial dialog innenfor helsesektoren lokalt, for å hindre migrasjon p.g.a. utilfredsstillende arbeidsvilkår. ILOs arbeid retter seg mot hele bredden av arbeidsvilkår som for eksempel lønn, arbeidstid, organisasjonsrett, likestilling etc.

Regjeringen støtter opp om dette arbeidet med en sju-punkts strategi for anstendig arbeid. Den tilsier blant annet at Norge skal styrke arbeidet med å fremme arbeidstakerrettigheter globalt, være en pådriver for å fremme betydningen av anstendige arbeidsvilkår og bedre arbeidsmiljøovervåkingen i andre land. Dette er tiltak som direkte påvirker helsepersonellkrisen ved at bedre arbeidsvilkår i sendeland vil kunne ha en positiv effekt på helsesektorens evne til å beholde og tiltrekke seg kompetanse. I 2005 lanserte også ILO sitt aksjonsprogram "Internasjonal migrasjon av helsepersonell." Dette initiativet, som tar for seg seks typiske sendeland av helsepersonell, søker å utvikle strategier og "beste praksis" for å kunne håndtere migrasjon av helsearbeidere fra sendelandenes perspektiv.

4.4. Grenseflate til prosjekt Migrasjon og utvikling, Pakistan Pilotprosjekt

Prosjekt internasjonal migrasjon og utvikling

Utenriksdepartementet har siden 2006 hatt et prosjekt som arbeider med internasjonal migrasjon og utvikling. Prosjektet fokuserer på utviklingsfremmende effekter av internasjonal migrasjon, og hvordan disse kan maksimeres. Det skjer gjennom deltakelse i dialog og policyutvikling globalt, regionalt og nasjonalt. Prosjektet samarbeider bl.a. nært med AID for å bidra til utvikling av en helhetlig politikk, opprinnelig med utgangspunkt i en felles arbeidsgrupperapport²⁹. Norge er med i styringsgruppen for *Globalt forum for migrasjon og utvikling (GFMD)*, som er et mellomstatlig initiativ på bakgrunn av FNs høynivåmøte om samme tema i 2006. Norge har deltatt aktivt på forumets konferanser i Brussels (2007) og Manila (2008)³⁰. Spørsmål knyttet til hjerneflukt, med vekt på helsepersonell har vært blant de mest sentrale for prosjektet de første årene. Et annet viktig område er bedre involvering av personer med innvandrerbakgrunn i utviklingssamarbeid.

Deltakelse av personer med innvandrerbakgrunn i utviklingssamarbeid

Ressurspersoner i norske innvandremiljøer har kompetanse som bedre kan benyttes i norsk utviklingspolitikk og -samarbeid. Det er stort engasjement i disse miljøene for å bidra i større grad, særlig i arbeid rettet mot egne opprinnelsesland. Ulike virkemidler fra myndighetenes

²⁹ Migrasjon og utvikling – bedre sammenheng og samordning, 2006.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/ud/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/Migrasjon-og-utvikling---bedre-sammenheng-og-samordning.html?id=278523

³⁰ Se <http://government.gfmd2008.org/>

side vurderes med sikte på økt kontakt og involvering. Det er også viktig at kompetansen i innvandrer miljøene i større grad tas i bruk av norske frivillige organisasjoner.

Pakistan-pilotprosjektet

Pakistan-prosjektet er et pilotprosjekt for utviklingssamarbeid igangsatt etter en dialog mellom myndigheter, innvandrer miljøer og bistandsorganisasjoner. Det er basert på 50-50 delt finansiering mellom private midler og offentlige bistandsmidler. Prosessen knyttet til utviklingen av pilotprosjektet er forankret både i innvandrer miljøene og i relevante frivillige organisasjoner. Retningslinjer for pilotprosjektet følger i størst mulig grad retningslinjene fra Norad for støtte til frivillige organisasjoner. Norad er faglig instans. Et sekretariat med avtale med Norad (Utviklingsfondet og Kirkens Nødhjelp) bistår med kvalitetssikring og kompetansebygging. Avhengig av erfaringene med pilotprosjektet kan det på sikt utvides til flere innvandrer miljøer i Norge. Om helse relaterte prosjekter og helsepersonell vil inngå, avhenger av hvilke prosjekter som får støtte.

Pengeoverføringer

Innvandrere og nordmenn med innvandrerbakgrunn sender store pengebeløp til familie og slekt i sine opprinnelsesland. En rapport utarbeidet av PRIO i 2007 om slike pengeoverføringer viser at store summer blir liggende igjen hos mellomleddene. Det er uakseptabelt at innvandrere skal betale opp til 20 prosent i gebyr for å sende penger til sin familie. Internasjonalt utgjør de private pengeoverføringene fra om lag 200 millioner migranter i verden minst 300 milliarder dollar. Dette er tre ganger så mye som all internasjonal bistand til sammen. Dette utgjør enorme summer som er viktige for utviklingen i mange land. Det finansierer bl.a. helsetjenester, utdanning og næringsvirksomhet. Både fra et humanitært og fra et utviklingsperspektiv er det viktig å legge forholdene til rette for billigere, mer effektive og åpnere pengeoverføringer. Billigere og mer effektive overføringer gjennom lovlige kanaler vil samtidig redusere bruk av uformelle og ulovlige former for pengeoverføringer. Det er imidlertid et mye diskutert spørsmål om offentlig politikk kan eller bør påvirke bruken av privat overførte midler i hjemlandene.

4.5. Norsk bistand til helsepersonell i utviklingsland

4.5.1. Gjennom bilateralt, stat-til-stat utviklingssamarbeid

Norge har over de siste årene støttet **helsesektorprogrammene** med sektor-budsjettstøtte h.h.v. i:

- a) *Malawi*
- b) *Mosambik* (spesifikk helsesektorstøtte utgår f.o.m. 2009, se under).

Helsesektorsamarbeidet er i begge landene del av et flergiversamarbeid og koordinert av de nasjonale helsemyndighetene i det som kalles *Sector-Wide Approach (SWAp)*. D.v.s. at støtten går til samme giver-”kurv” hos mottakerlandets helsemyndigheter, og at myndighetene gjennom dialog med giverne setter prioriteter for bruk av midlene. Effekten måles underveis ut fra oppsatte indikatorer og drøftes jevnlig og i årlige sektormøter. Det er gjennom denne givermodaliteten ikke mulig å si hvor mye av den norske støtte som går til spesifikke helsetiltak som helsepersonell, siden alt går til en samlet pott.

For hvert land har helsesektorstøtten fra Norge årlig beløpt seg til mellom NOK 60 og 90 mill. I begge land er helsepersonelltiltak en vesentlig komponent i sektorsamarbeidet, og omfatter bl.a. kunnskapsinnhenting om helsepersonellsituasjonen, utdanning og samordning av utdanning, incentiver for å hindre avgang fra sektoren, migrasjon, m.v.

Støtten fortsetter i Malawi i h.h.t. løpende avtale (Memorandum of Understanding – MoU) mellom Norge og Malawi. I Mosambik ble den lagt om fra 2009 til *generell budsjettstøtte*. Det betyr at den spesifikke helsesektorstøtten bortfaller til fordel for støtte til finansdepartementet hvor sektorhensyn inngår i en større *Poverty Reduction Strategy* med prioriteringer som er gjort i parlamentet.

4.5.2. Statsministerens tusenårsmålssatsing

Satsingen fokuserer på Tusenårsmålene 4 og 5 (h.h.v. barne- og mødrehelse) og har samarbeidsavtale med fire land:

- c) *India*
- d) *Pakistan*
- e) *Tanzania*
- f) *Nigeria*

Samarbeidet med hvert av disse landene er forankret i avtaler på statsministernivå, og er knyttet opp til en større global satsning, *the Global Campaign for the Health MDGs*, som omfatter flere givere og flere utviklingsland.

Det er ikke øremerkede midler til helsepersonell i denne satsingen, men det er komponenter til helsepersonellstyrking i anvendelse av midlene.

Den norske støtten er på NOK 100 mill. pr. år til India, og NOK 50 mill til hvert av de tre andre landene.

4.5.3. Prosjekter som involverer norske helseaktører

Prosjekter innen helsepersonellutdanning, støttet direkte fra ambassadene: Malawi, Etiopia, Tanzania, Botswana, Sør-Afrika, Afghanistan involverer ofte norske aktører – offentlige og private sykehus, helseforetak, frivillige organisasjoner og stiftelser.

Det er ulike tiltak av ulik størrelse og med ulike fokus, men flere av dem har helsepersonell som en hovedkomponent. Eksempler:

Kirkens Nødhjelp (nettverkskoordinator) driver sykepleiernettverk for utdanning av sykepleiere i Malawi. Det er 6 norske utdanningsinstitusjoner, i tillegg til Sykepleierforbundet som samarbeider med i alt 8 utdanningsinstitusjoner/sykehus i Malawi. Prosjektet er todelt: 1) styrke utdanning av malawiske sykepleiere. 2) utbedring og vedlikehold av sykepleierskoler. Prosjektet er knyttet til CHAM – det kristne nettverket av helseinstitusjoner i Malawi.

I Botswana administrerer Haukeland sykehus' internasjonale enhet et prosjekt over tre år med NOK 45 mill. til støtte for norsk helsepersonell til Botswana, som vurderes forlenget med ytterligere tre år. Ved Universitetssykehuset i Nord-Norge utføres medisinerutdanning for

botswanere. I Tanzania forskes det med norske midler på helsepersonellsituasjonen via Christian Michelsens Institutt. Fra Haukeland og fra Ullevål sykehus er det samarbeid med sykehus i Malawi (fødeklinikk). Støttebeløp og –periode er ikke avklart, men samarbeidet er foreløpig startet med andre midler.

Fredskorpset: Fredskorpset støtter et betydelig antall norske helseaktørers partnerskap med virksomheter og organisasjoner i Sør. Fredskorpset er en del av statlig norsk bistandsforvaltning og opererer etter en revidert modell med status som særskilt forvaltningsorgan vedtatt av Stortinget (1999) og underlagt Utenriksdepartementet.

For å illustrere tiltak Fredskorpset støtter, nevnes noen tilfeldige eksempler:

- Høgskolen i Ålesund – Etablere utdanning av operasjonssykepleiere i Etiopia (forprosjektstøtte fra Fredskorpset)
- Samarbeid mellom Sørlandet sykehus og Haydom sykehus i Tanzania (innbefatter utveksling av leger – overlegepermisjonen blir brukt på Haydom)
- Haukeland – Etiopia, sykehus i Addis Abeba (brannskadeenhet)
- Samarbeid mellom Sør-Sudan og Haukeland (planlegge sykehusutbygging - Juba Teaching Hospital) – så langt ingen norsk finansiering.

Ca. 16% av Fredskorpsets totale budsjett i 2007 gikk til støtte til helsesamarbeidstiltak.

4.5.4. ESTHER - sykehus-til-sykehussamarbeid³¹

Norge sluttet seg i 2008 til ESTHER, en ordning for sykehus-til-sykehus samarbeid bl.a. med helsepersonellutveksling nord-sør og sør-sør. I Norge administreres ordningen av Fredskorpset, som ledd i norsk tilslutning til det fransk-initierte internasjonale nettverket av slike ordninger. I den norske satsingen er helsepersonellkomponenten den mest framtrædende.

Det er avsatt NOK 10 mill. pr. år, hittil for 2008 og for 2009. Ordningen er søknadsbasert.

ESTHER sikrer en finansieringsmekanisme for nye tiltak og for mange tiltak som alt er i gang. Tiltakene har hittil hatt ulike og noe tilfeldige finansieringskilder. Om bevilgningen vil dekke hele behovet er tvilsomt, men den vil utgjøre en stor forskjell og også danne basis for et norsk helseutviklingsnettverk for læringsutveksling. Det finnes mange helsefaglige norske miljøer som har kontakter med partnere i Sør og ønsker en utvikling mot mer forutsigbart, systematisert og målrettet samarbeid.

Hittil er ti europeiske land med i ordningen, med partnerland i Afrika, Asia og Latin-Amerika. Et felleseuropeisk sekretariat er foreslått lagt under EU-paraplyen og kommer til vurdering i 2009/2010. Hvert europeiske partnerland har sin egen samarbeidsvariant under ordningen, og i de fleste av disse er hiv/aids den mest sentrale fellesnevneren. Den norske modellen favner bredere og mer mot helsesystemkomponenter.

³¹ ESTHER ("Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau") er en fransk-initiert modell for sykehus-til-sykehussamarbeid mellom hittil ti land i Europa og land i Sør, med særlig vekt på hiv/aids men også med andre samarbeidstemaer. Norge sluttet seg i november 2008 til det europeiske ESTHER-programmet med en erklæring signert av miljø- og utviklingsministeren.

4.5.5. Gjennom multilaterale kanaler og globale fond

Støtten gis over ulike poster i statsbudsjettet. Noen av de viktigste:

- a) *Verdens helseorganisasjon (WHO)* får NOK 215,5 mill. for 2009 i såkalte frivillige midler (utenom medlemskontingenten). Disse midlene går delvis til helsesystem- og helsepersonellarbeidet i organisasjonen, som også foregår i et samarbeid med GHWA.
- b) *GAVI*, som har et eget delfinansieringsvindu for helsesystemstyrking (*HSS- Health Systems Strengthening*), får norsk bidrag med NOK 500 mill. årlig. Målsetning for GAVI HSS er å styrke helsesystemer for å øke og opprettholde vaksinedekningen. Synergier med andre mor/barn helsetjenester søkes oppnådd gjennom ordningen. Det er tre HSS hovedtemaer: i) Helsepersonell, ii) Infrastruktur, tilgang og distribusjon av utstyr og medisiner/vaksiner, iii) Organisering, ledelse og administrasjon av tjenestelevering.
- c) *Det Globale Fondet – GFATM*, har en tilnærming der styrking av helsesystem enten må integreres som del av en sykdomsspesifikk søknad eller ved at land legger til en separat helsesystemkomponent (som ivaretar flere enn en sykdom) til den sykdomsspesifikke søknaden. Norge bidrar med ca 1,5 % av det totale budsjettet til GFATM. I 2008 bidro Norge med NOK 375 mill.
Målsetning for GFATMs helsesystemstyrking³² er å forbedre offentlige, private og lokale helsesystem slik at byrden av aids, tuberkulose og malaria kan reduseres over tid. I motsetning til GAVI har ikke GFATM et eget vindu for HSS søknader. Fondet har en tilnærming der styrking av helsesystem enten må integreres som del av en sykdomsspesifikk søknad eller ved at land legger til en separat helsesystemkomponent (som ivaretar flere enn en sykdom) til den sykdomsspesifikke søknaden. Mens land ikke kan søke om midler til en generell helsesystemkomponent separat fra den sykdomsspesifikke søknaden, vil det vurderes separat. Land kan altså få avslag på den sykdomsspesifikke søknaden, men likevel få godkjent helsesystemkomponenten.
- d) Støtte over fire år til *Human Resources for Health Trust Fund* i Verdensbanken, 15 mill kr. siden 2005 (forlengelse i ytterligere tre år er nylig avtalt, med ytterligere 15 mill. kr.). Gjelder forskning.
- e) Forskning, herunder norske forskningsinstitusjoner, samt til *Alliance of Health Policy and Systems Research, Global Forum for Health Research* m.fl. hvor norske institusjoner medvirker og samarbeider.
- f) Støtte til *Results Based Financing Trust Fund* som er insentivbasert finansiering til helsepersonell/helseklinikker i bl.a. Afghanistan, Rwanda, DR Congo, Zambia, Eritrea m.fl. og med forbindelse til Tusenårsmål 4&5 initiativet. Prosjektet administreres av Verdensbanken. (125 mill. kr./år).
- g) Norge støtter GHWA årlig med NOK 20 mill. (2006, 2007, 2008 og foreslått også for 2009). Midlene går til drift av sekretariatet, til katalytiske midler til såkalte "*Pathfinder Countries*" for helsepersonellplanlegging, og til forskning og konferanser for kunnskapsinnhenting og pådriverarbeid.

³² http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/8/R8HSS_Factsheet_en.pdf

4.5.6. Utdanning av helsepersonell, forskning

Forskningsmidler som går via multilaterale institusjoner er nevnt i kapittelet foran.

Utdannings- og helsesektoren er begge kunnskapstunge bransjer, og har mange av de samme utfordringene når det gjelder utviklingssamarbeid. Ikke minst gjelder faren for hjerneflukt begge sektorer.

Innen høyere utdanning har dette lenge vært en hovedbekymring. Spørsmål ble først reist i 1980-årene, da u-landsstudenter ble tatt opp til utdanning på norsk i Norge med rett til full støtte gjennom Lånekassen for hele studieløpet, inkludert innledende norskstudier. Denne ordningen ble omtalt som "u-landsparagrafen" etter den aktuelle paragrafen i Lånekassens reglement som hjemlet støtten.

Etter hvert ble man klar over at det var usannsynlig at den som hadde studert på norsk og oppholdt seg i Norge gjennom kanskje et tiår, med opparbeidet sosialt nettverk og kanskje familie i Norge og som lett kunne få arbeid f. eks. i norske utdanningsinstitusjoner, skulle velge å dra tilbake til en usikker framtid i et hjemland som han eller hun kanskje ikke hadde besøkt på mange år.

I begynnelsen av nittiårene ble forholdet tatt opp politisk, og det ble besluttet å erstatte u-landsparagrafen med ordninger som innebar en mer målrettet bruk av norske ressurser i utviklingsøyemed.

De viktigste av de nye tiltakene har vært kvoteordningen, NUFU og NOMA – tidligere Norads stipendprogram – men det finnes andre med lignende utforming. Ordningene har alle til felles at de bygger på et varig partnerskap mellom institusjoner, og på studentenes vedvarende tilknytning til studie- og yrkesliv i hjemlandet uansett hvor de oppholder seg under studiet. Kanskje viktigst er at man søker å begrense oppholdet i Norge til et minimum. Det er foreløpig gjort få systematiske studier av langsiktig effekt av programmene, men det som finnes, tyder på at vi mer enn tidligere og i større grad enn andre land oppnår at ferdige kandidater fortsetter å virke i ansvarlige posisjoner i hjemlandet der de og landet har nytte av den økte kompetansen.

Det andre viktige problemsettet man støter på i tillegg til hjerneflukten, er å sikre at varig kapasitet og kompetanse faktisk bygges i Sør, siden mange faktorer virker til å favorisere virksomhet ved institusjoner i Norge: Det er her ressurser av alle slag finnes, tilfredsstillende infrastruktur er allerede tilgjengelig, lærestedene har høyere prestisje, studenter fra Sør vil helst til Norge osv. Denne "omvendte gravitasjonen" mot Nord virker naturligvis sammen med hjerneflukten til å redusere utbyttet av utviklingsinnsatsen.

NOMA-programmet, *Norad Master Programme*, ble opprettet i 2007 som en avløser til Norads stipendprogram, nettopp for å sikre at masterprogram ble opprettet ved institusjoner i Sør med norsk hjelp. I praksis viser det seg at det er motstand både i Nord og i Sør mot helt å eliminere opphold i Norge, men det er nå slutt med tiltak som i sin helhet er lagt hit.

Et viktig poeng er at ved å legge tilbudene og de faglige ressursene i Sør, bygger man også sterke faglige enheter i Sør. Slik styrkes ikke bare utdanningskapasiteten og evnen til fremtidig selvforsyning, man legger også grunnlag for et attraktivt arbeidsmarked for ferdige kandidater, et mulig desinentiv til å reise ut for å praktisere. For helsesektoren, som tradisjonelt har et så nært samvirke mellom de beste behandlingsinstitusjonene, forskning på høyt nivå og utdanning av nye kadrer, bør dette være en grunnleggende strategi.

Utdanningskapasiteten innenfor helsefagene i Norge er begrenset. Det må vurderes om det skal stilles øremerking til rådighet for økt utdanningskapasitet for denne gruppen. Forhold knyttet til praksisplasser må vurderes samtidig. Et økt nord-sør samarbeid om helseutdanning

vil også kunne ha positiv effekt på norske universiteter og høyskoler, slik det generelt kan sies om nord-sør engasjementet i universitets- og høyskolesektoren.

Det som her er sagt om utdanning, kan trolig gjøres gjeldende mer generelt for tiltak i helsesektoren for å få bedre tilgang på helsepersonell i utviklingsland. Utdanning er selvsagt allerede en viktig bestanddel i denne innsatsen, og det utdannes en del helsepersonell av forskjellige typer gjennom utdanningsprogrammene. Arbeidsgruppen foreslår i denne rapporten (kap. 6) i tillegg til å utvide omfanget av utdanningsinnsatsen, at faglig samarbeid, f. eks. om forskning, utvikling og utprøving av ny behandlingsmetodikk og -teknologi, publikasjoner etc. legges til som varige utdypende elementer. Partnere på norsk side behøver ikke bare være utdanningsinstitusjoner. Alle typer helseforetak bør kunne inngå faglig samarbeid etter de samme prinsipper med partnere i Sør.

4.5.7. Resultatbasert finansiering i helsetjenester

Gjennom Statsministerens initiativ for å bidra til de helserelaterte Tusenårsmålene spiller Norge en sentral rolle. Resultatbasert finansiering (RBF) inngår som én av flere strategier for å oppnå disse målene i helsesamarbeidet med lavinntektsland. Finansieringsordningen kan bl.a. innrettes slik at den tar inn incentivpakker som både kan gjøre det attraktivt å arbeide i helsetjenesten, og å yte best mulig for å oppnå spesifikke resultater.

Norge har blant annet etablert et flergiverfond i Verdensbanken for å arbeide med RBF i ulike former, der faglig og finansiell støtte til implementering og forskning i 6-7 land samt global læring står sentralt. I tillegg inngår RBF som et viktig element i norske bilaterale avtaler med utvalgte samarbeidsland under Tusenårsmål 4 og -5 programmet, med fokus på redusert barne- og mødredødelighet.

Begrepene resultatbasert finansiering og "*pay-for-performance*" brukes om hverandre, og innebærer tiltak enten på tilbudssiden eller etterspørselssiden. Eksempler kan være kontantutbetaling til familier for å la barn bli vaksinert eller til kvinner for å føde på klinikk/sykehus ("*conditional cash transfers*"), dekning av transportutgifter for å føde på sykehus og evt. matsubsidier under oppholdet, osv. Eller at leverandøren av tjenestene (leger, sykepleiere, sykehus, distriktshelseteamet, NGOer, osv.) mottar ekstra finansiering eller andre goder basert på faktisk oppnådde resultater.

I Tanzania har Norge tatt initiativ til et RBF system som bl.a. tar utgangspunkt i tilbudssiden, der helsearbeidere kan oppnå bonuser basert på institusjonens oppnådde resultater innen mødre- og nyfødthelse. Indikatorene som er valgt er enkle og tilgjengelige og fungerer samtidig som mål for kontakt med helsevesenet i ulike faser (inkluderer antall fødsler gjennomført på klinikk/sykehus, malariaproylakse for gravide, vaksiner for spedbarn, samt at helseinformasjonsskjema er fylt ut). Finansieringsordningen er et lite tillegg til den øvrige finansieringen. Bakgrunnen er at helsearbeidere er lavt motiverte og fravær er høyt. Programmet forventes å starte implementering i løpet av våren 2009.

RBF kan også sees som en del av et bredere resultatfokus, for eksempel som en del av såkalt resultatfokusert (eller -styrt) ledelse, ofte omtalt som "*result based management*". RBF inkluderer ordninger rettet mot forskjellige nivåer av helsetjenesten: mottakere av tjenester, helsepersonell, helseinstitusjoner, organisasjoner i privat sektor, organisasjoner i offentlig sektor, kommunale myndigheter og nasjonale myndigheter.

Erfaringene med RBF fra lav- og mellominntektsland er økende, men den publiserte litteraturen på området er fortsatt begrenset. Det finnes få metodologisk gode studier av RBF, slik at dokumentasjonen om virkningene av slike ordninger er svak.

En gjennomgang Kunnskapssenteret³³ har utført på oppdrag fra Norad fant ti systematiske oversikter som oppfylte inklusjonskriteriene. Gjennomgangen fant at økonomiske incentiver ser ut til å være effektive på kort sikt for enkle, spesielt for avgrensede og klart definerte atferdsmål. Hvorvidt økonomiske incentiver kan gi vedvarende endring over tid, vet man mindre om. Det gjenstår å bli sikrere på virkningen av RBF i lav- og mellominntektsland. Men det er grunnlag for å trekke tilnærmingen inn i forsøk på å løse ulike sider ved helsepersonellmangel i utviklingsland, som et middel mot målet om bedre helsetilstand.

4.6. Behov for innovasjon og nytenkning

Utfordringene er store med å finne tiltak som virker når det gjelder å beholde helsepersonell i fattige land.

Den siste tids forskning, mye av den med utgangspunkt i helsepersonellkrisen, peker i retning av at problemet er systemisk. Ingen enkelttiltak, men flere tiltak sammen må til. Ingen aktør eller interessent alene kan lage løsninger uten medvirkning og ”synkronisering” med andre sektorinteressenter.

De vanlige kanalene for utviklingssamarbeid og bistand er ikke tilstrekkelige for å løse problemet. I mottakerlandene handler det f.eks. ikke bare om at helsesektoren søker løsninger – det avhenger også der av andre sektorer og politisk lederskap. En utfordring er å få lavinntektsland som lider av ressursmangel til å prioritere investeringer i helse og helsepersonellutvikling.

En del av problemet handler om koherens: Fra giverlandenes side kan en fornuftig utviklings- og bistandspolitikk nullet ut i effekt dersom andre deler av forvaltningen eller privat sektor i giverlandene står for aktiv rekruttering fra utviklingsland og motvirker effekten av bistanden: Dels må hvert land ha koherens i politikken, dels må landene samlet ha noenlunde samme tilnærming.

En utfordring er å stimulere land som bl.a. USA, Canada og visse EU-land til større grad av selvforsyning, til å regulere rekruttering fra utlandet og til å enes om etiske standarder for rekruttering (f.eks. en *Code of Practice*).

Videre må en utnytte og mobilisere krefter som er underutnyttede, f.eks. diasporaen i destinasjonsland. Et eksempel på dette er Pakistan-pilot prosjektet under Migrasjon og utvikling. Såkalt *return migration* og sirkulær migrasjon har i enkelttilfeller vært lovende, men gir ikke alene stor effekt eller er varig løsning.

Det er ikke først og fremst nye, uprøvde tiltak som skal til. Det nye vil bestå i samordning av allerede eksisterende tiltak. Følgende områder kan være aktuelle for framtidig handling:

³³ Oxman, Andy. An overview of research on the effects of result based financing. Report from Norwegian Knowledge Centre for the Health Services nr 16 –2008

- g) Internasjonal dialog og pådriverarbeid i utviklings- og utenrikspolitiske sammenhenger
- h) Bilateralt og multilateralt utviklingssamarbeid
- i) Styrking av utviklingslandenes forhandlingsposisjon i internasjonale fora, f.eks. WTO, GATS
- j) En norsk satsning på tilnærmet selvforsyning av eget helsepersonell i overskuelig framtid
- k) Gjensidige bilaterale avtaler mellom sendeland og Norge som mottakerland basert på mulige vinn-vinn tiltak (utdanning mot "utlån" av helsepersonell/utveksling, forskning)

5. Migrasjon av helsepersonell

Noen generelle hovedtrekk ved helsepersonellmigrasjon er omtalt i kap. 3.2. I dette kapittelet omhandles forhold ved denne migrasjonen som kan være relevante for eventuelle tiltak.

Drivkreftene for at helsepersonell migrerer i et omfang som gjør det til et strukturelt trekk er stort sett motsatte i h.h.v. sendeland og mottakerland: Såkalte ”push”-faktorer (i utviklingsland) og ”pull”-faktorer (i i-land). De antatt sterkeste push- og pullfaktorer³⁴ er:

”Push”-faktorer:	”Pull”-faktorer:
• Lav lønn (absolutt eller relativ) • Dårlige arbeidsforhold • Mangel på ressurser til å utføre arbeidet på en effektiv måte • Mangel på stillinger og karrieremuligheter • Begrensede utdannings- og videreutdanningsmuligheter • Belastningen av smittsomme sykdommer som HIV/AIDS • Ustabile og farlige arbeidsmiljø • Politiske og økonomiske rammebetingelser, ustabilitet, styresett og menneskerettigheter	• Høyere lønn (og muligheter for å sende deler av denne hjem) • Bedre arbeidsforhold • Velfinansierte helsesystemer • Karrieremuligheter • Videreutdanningsmuligheter • Politisk stabilitet • Reisemuligheter • Nødhjelpsarbeid

I utviklingsland er disse faktorene de antatt viktigste områdene for tiltak for å gjøre helsesektoren attraktiv og hindre frafall fra sektoren, sammen med oppskalering av rekruttering, utdanning og finansiering for iverksettelse og videre drift av helsesystemene på et høyere utgiftsnivå enn i dag.

5.1. Gjeldende ordninger for regulering (etiske retningslinjer, bilaterale avtaler, WHOs arbeid med Code of Practice)

Det finnes i dag et betydelig antall regionale og bilaterale retningslinjer og avtaler om rekruttering og migrasjon av helsepersonell. De større mottakerlandene som f.eks. Storbritannia, Irland og Australia har slike avtaler med sendeland som Filippinene, Sør-Afrika, Ghana. Regionalt er det en egen felles avtale mellom de karibiske statene om retningslinjer for gjensidig utveksling for at land som har mangler av én kategori helsearbeidere lett kan få ”påfyll” fra et annet. Likeledes ser de utdanning og planlegging i noe sammenheng gjennom avtalen.

Utviklingsland har også noen avtaler, f.eks. er det avtale mellom Kenya og Namibia om arbeid for kenyanske sykepleiere i Namibia (som mangler sykepleiere), og namibiske sykepleierstudenter får utdanning i Kenya. I Kenya er det arbeidsledighet blant sykepleiere. Helsevesenet har ikke ressurser til å ansette alle de trenger.

³⁴ Buchan, J. “Nurse Migration and International Recruitment”. Nursing Inquiry. Tilgjengelig fra: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/full/10.1046/j.1440-1800.2001.00112.x>. 2001

En global Code of Practice (COP)

for rekruttering av helsepersonell er under utarbeidelse i WHO. Slike retningslinjer ble vedtatt utarbeidet av Verdens helseforsamling i 2004³⁵. Utgangspunktet var bl.a. at helseforsamlingen så at lavinntektsland mistet dyrebart personell gjennom migrasjon og at etiske retningslinjer for internasjonal rekruttering måtte på plass. Retningslinjene får ikke legalt bindende effekt (en *konvensjon*, som kunne ivaretatt en sterkere mekanisme juridisk, samlet ikke stor nok støtte), men de vil utgjøre en felles internasjonal standard som til nå har manglet.

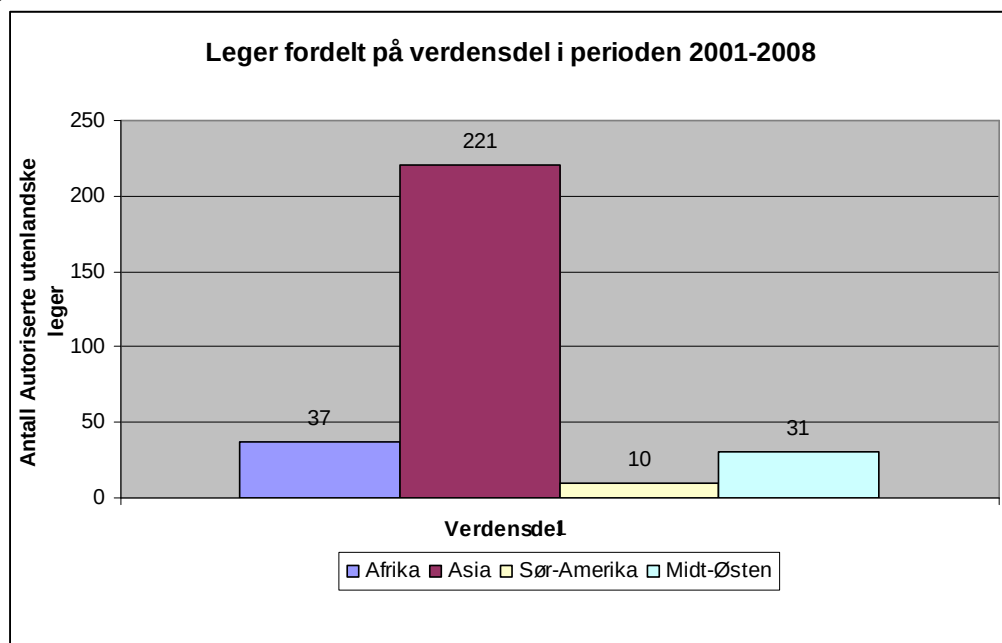
Et utkast til COP framlagt for WHOs styremøte i januar 2009 går til videre behandling, mer arbeid forutsettes lagt i utformingen. Fra norsk side er det gjort poeng av at nettopp hensynet til lavinntektslands helsesystemer må ivaretas og reflekteres tydelig i en COP. Hensynet til befolkningenes rett til tilgang til helsetjenester må veies og balanseres med helsearbeideres rett til å søke arbeid andre steder. Arbeidsgruppens syn sammenfaller med synet som Norge fremmet til sittende medlemmer i WHOs styremøte (og tidligere på helseforsamlingene).

5.2. Norge som destinasjonsland for utenlandsk helsepersonell

Arbeidsgruppen har innhentet oppgave fra Helsepersonellregisteret fra Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH). Oversikten gjelder personer med utenlandsk statsborgerskap som i perioden 2001-2008 har fått autorisasjon i Norge. Disse tallene viser opprinnelsesland til de som søker å få godkjent sin helseutdanning i Norge, men sier ikke noe om de faktisk praktiserer sitt yrke i Norge. Tallene sier heller ikke noe om oppholdsgrunnlaget for de som utøver sitt yrke i Norge, om de har kommet hit som arbeidsinnvandrere, asylsøkere eller med bakgrunn i familiegjennomføring eller etablering. Flere kommentarer til statistikken er å finne i avsnitt 4.3.

Oversikten viser at Norge i meget liten grad er et mottakerland for helsepersonell fra utviklingsland. Oversikt over autorisasjon gitt h.h.v. leger, sykepleiere og hjelpepleiere:

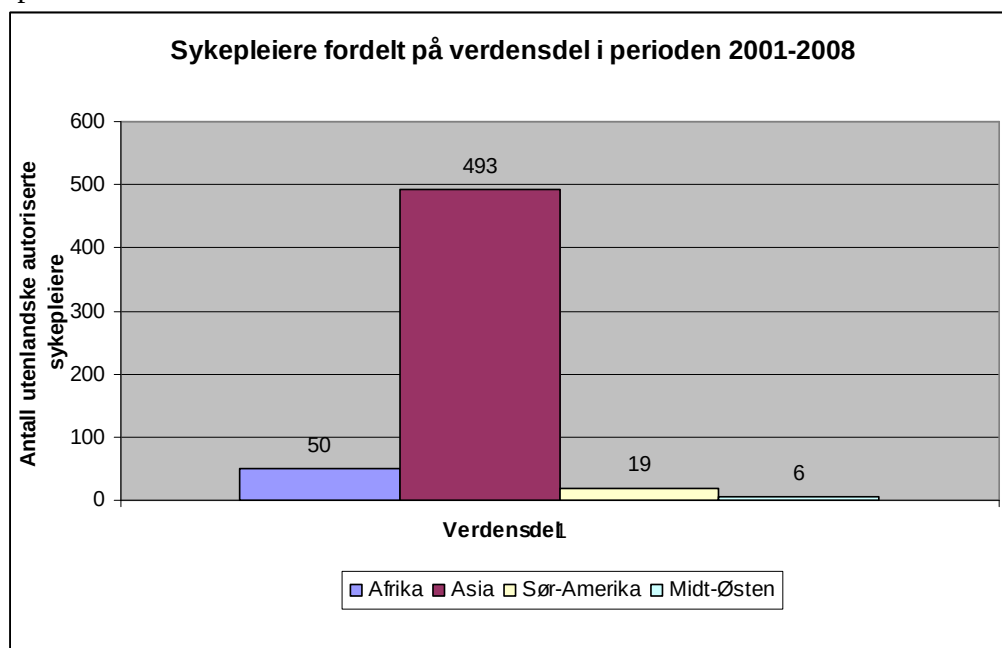
Leger:



³⁵ Resolusjon WHA 57.19 og gjentatt i resolusjon WHA 58.17 – www.who.int

Det er totalt gitt 6845 autorisasjon til utenlandske leger i perioden 2001-2008 for å arbeide i Norge. Av disse kommer 299 fra Afrika, Asia, Sør-Amerika eller Midt-Østen. Den største gruppen kommer fra Asia (221 personer), og da primært fra Irak (114), Pakistan (34) og Iran (23). Totalt 37er fra Afrika; 11 av disse er fra Sudan og 9 er fra Etiopia. Den største gruppen fra Midt-Østen er Israel med 11 leger, dernest Syria med 9.

Sykepleiere:



Når en ser på totalt antall innvilgede søknader om autorisasjon fra utenlandske sykepleiere i den gjeldende perioden, kommer den største gruppen fra Sverige, dernest fra Danmark, Finland og Tyskland. Fra 2004 har det vært en viss økning av sykepleiere fra Polen, Estland og Litauen.

Det er totalt gitt autorisasjon som sykepleier i Norge til 13.482 personer med utenlandsk statsborgerskap, i perioden 2001 til 2008. Av dette er det kun 568 som kommer fra Afrika, Asia, Sør-Amerika og Midt-Østen. Den største gruppen av disse har statsborgerskap i land i Asia (493), flest fra Filippinene (314), Sør-Korea (52), India (42) og Iran (35).

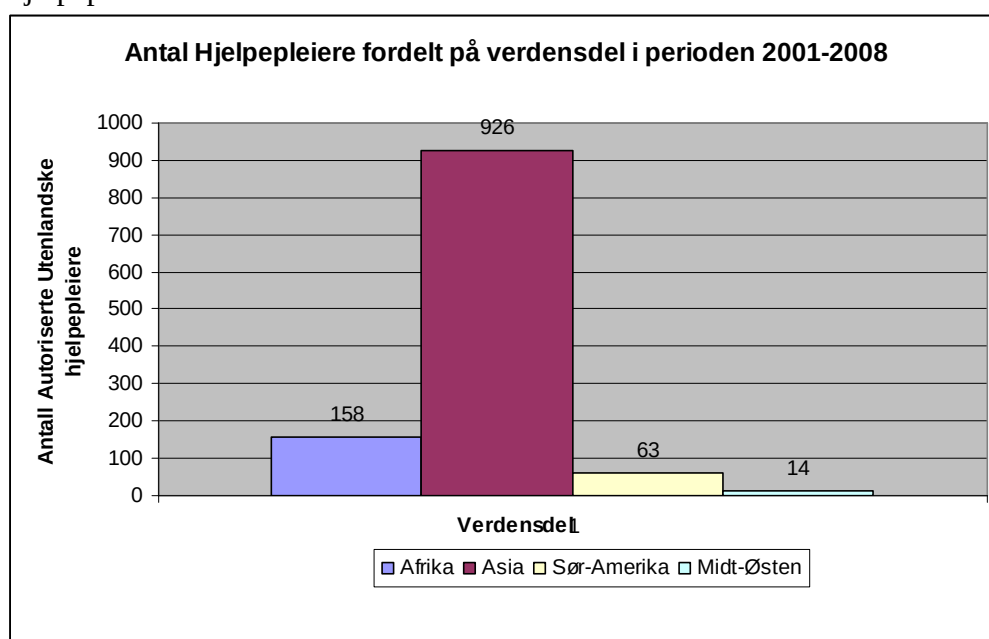
Fra 2002 til 2004 fikk mellom 50 og 100 filippinske sykepleiere autorisasjon pr. år; fra 2005 har dette stabilisert seg på ca. 25 autorisasjoner pr år. Forhold i regelverket, med faglig bakgrunn eller med motivasjon og innretningsvilje kan bevirke at det forholder seg ulikt for filippinere sammenlignet med andre når det gjelder å få autorisasjon som sykepleiere. Vi ser at det for samme periode (fra 2005) er en stor økning av autorisasjon til hjelpepleiere fra Filippinene (fra 19 i 2005 til 270 i 2008).

De 50 sykepleierne fra Afrika som er gitt autorisasjon i perioden 2001-2008, fordeler seg på 18 land. Kun 2 personer har kommet fra nordafrikanske land (Marokko, Algerie). Fra Etiopia har det kommet 11 personer i perioden, og dette er den største gruppen fra et enkeltland.

I SAFHs årsrapport fra 2007, framgår at det har vært en økning av *lisens*vedtak til sykepleiere fra land utenfor EØS området. En kan også se av statistikken at søknader om lisens primært kommer fra personer med statsborgerskap fra land utenfor EØS- området.

Lisens til sykepleiere fra land utenfor EØS-området gis ofte som del av et kvalifiseringsløp frem mot autorisasjon. En søker kan f.eks. ha manglende formelle kvalifikasjoner på visse del-fagområder. Da kan det gis lisens til å arbeide (få praksis) innen de områdene som vedkommende mangler, under veiledning og evaluering. En grunn til å søke en lisens kan være at en slik arbeidstillatelse gir lovlig oppholdsgrunnlag i Norge. Profesjonell begrensning i midlertidige lisenser er at man ikke har adgang til å utøve sykepleiervirksomhet av selvstendig karakter, men i det daglige er underlagt autorisert sykepleiers veiledning og kontroll.

Hjelpepleiere:



Fra 2004 har det vært en økning i antall autorisasjoner av hjelpepleiere med utenlandsk statsborgerskap. Også her kommer den største gruppen fra Norden, og primært fra Sverige. Totalt har 5.661 personer med utenlandsk statsborgerskap fått autorisasjon som hjelpepleiere i Norge i perioden 2001- 2008. Av disse kommer 1.161 personer fra henholdsvis Afrika, Asia, Sør-Amerika og Midt-Østen.

Den største gruppen kommer fra Asia med 926 personer; 623 fra Filippinene, 128 fra India, 40 fra Irak og 38 fra Thailand som de fire hovedlandene. For filippinere økte antallet autorisasjoner merkbart fra 2006 med 45 til 2007 med 196. I 2008 var det etter 3. kvartal innvilget 270 søknader.

Fra Afrika fikk 158 hjelpepleiere autorisasjon i perioden, fordelt på 26 ulike land. Etiopia har bidratt med flest (30). Deretter følger Kongo (15), Somalia (15) og Burundi (13).

Fra Sør-Amerika er det hjelpepleiere fra Brasil (18) og Chile (16) som har fått autorisasjon og utgjør de største gruppene.

5.3. Kommentarer til innhentet statistikk

Det er mangler ved statistikken på hvor mange utenlandske helsearbeidere som for tiden arbeider i det norske helsevesenet. Det norske helsepersonellregisteret omfatter alle som har autorisasjon til å utøve sitt yrke som helsearbeider i Norge. Alle med helsefaglig utdanning kan søke SAFH om å få autorisasjon eller lisens til å jobbe som helsepersonell i Norge. I følge SAFH er *autorisasjon* en profesjongodkjenning uten begrensninger (Helsepersonelloven § 48) fram til fylte 75 år, mens en *lisens* er en begrenset profesjongodkjenning. Begrensningen kan gjelde varighet og/eller innhold.

Dataene viser kun autorisasjon til helsepersonell for å utøve sitt yrke som helsearbeider i Norge. De viser ikke noe om innvandringsbakgrunnen til disse personer, hvorvidt de er kommet til Norge som arbeidsinnvandrere, familieegjenforente eller som asylsøkere. Av de 299 legene fra Afrika, Asia, Sør-Amerika eller Midt-Østen som fikk autorisasjon i perioden 2001-2008 kom så mange som 114 fra Irak. Det er derved grunnlag for å tro at en god del av det utenlandske helsepersonellet fra disse regionene har kommet til Norge på annet grunnlag enn for å ta arbeid. Det er variasjoner mellom de ulike yrkesgruppene mht. avsenderland, og det vil også være variasjoner i grunnlag for opphold.

Databasen viser ikke om og hvor de som har autorisasjon arbeider som helsepersonell i Norge i dag. Slik statistikk må derfor hentes fra andre steder, f.eks. fra SSB og evt. kobles mot folkeregister/skattemyndigheter, arbeidsgivere i helsevesenet e.l., og sammenstilles.

Det er ikke noe system for å registrere personer som forlater landet eller registrere om de som får autorisasjon faktisk tar seg/får jobb i Norge.

Av den statistikken arbeidsgruppen har innhentet er det laget oversikt over utenlands helsepersonell (statsborgerskap) som har fått innvilget søknad om autorisasjon i Norge i løpet av perioden 2001 t.o.m. den 1.oktober 2008. Europa, de Baltiske stater, østeuropeiske stater, Nord-Amerika og Australia er ikke tatt med i vår oversikt, men er kommentert noen steder.

Hovedtyngden av helsepersonell med utenlandsk statsborgerskap kommer fra de nordiske landene og Nord-Europa:

Det er svært få (mindre enn 50 personer pr. kategori) jordmødre, tannleger, fysioterapeuter og bioingeniører som har fått autorisasjon i Norge i tidsperioden 2001-2008 som kommer fra Afrika, Asia, Sør-Amerika eller Midt-Østen. Grunnen til dette kan være at det er forskjell på utdanningsløp, særlig for jordmødre og bioingeniører. Derfor kan det være vanskelig å få autorisasjon uten å ta tilleggsutdanning i f.eks. Norge.

5.4. Kommersielle norske aktørers rekrutteringsvirksomhet til Norge

Arbeidsgruppen har hatt møte med fem av de norske rekrutterings- og bemanningsbyråene som formidler helsepersonell. Det oppgis at ca. 50% av innleid personell leies av spesialisthelsetjenesten (helseforetak/sykehusene), mens 50% leies av primærhelsetjenesten (kommunene). Et av de største firmaene oppgir å ha årlig utleie av ca. 5-600 årsverk.

Den største gruppen firmaene formidler er sykepleiere, mens leger representerer en langt lavere andel. Leger, som ofte kommer fra Tyskland, synes å få oppdrag direkte fra helseforetakene og fra kommuner, ikke så mye gjennom byråer. Imidlertid er leger inkludert i neste anbudsrunde fra helseforetakene. Et firma som primært leier ut sykepleiere, formidler dessuten hjelpepleiere og helsesekretærer.

Kun ett byrå rekrutterer aktivt fra utenfor EØS-området (Filippinene). Byråene rekrutterer mest fra Sverige (fra 30-80% hos fire av firmaene); ofte tar helsepersonell derfra kontakt selv og arbeider som pendlere. De fleste har fast jobb i Sverige og turnus som gir rom for fridager/-uker. De tjener bedre i Norge enn i Sverige. 5-10% er finske og danske. Sommerferieavviklingen i Norge er avhengig av denne typen personell. Et annet firma har noen helsearbeidere fra Estland, og ett firma har i økende grad polske. Det er for dem attraktivt å etablere seg her i landet med familie.

Ingen av de fire største firmaene har planer om å rekruttere utenfor EU, de konsentrerer seg mest om Norden. Dette er fordi det er et greit regelverk å forholde seg til fra disse områdene, bl.a. for arbeids- og oppholdstillatelse. Ved rekruttering fra enkelte nye EU-land, som også trenger helsepersonell, kan en komme til å bidra til en utilsiktet dominoeffekt hvor land i EU igjen henter sine helsearbeidere fra utviklingsland, opplyser ett firma.

Et firma som utarbeidet en intern rapport i 2008 om autorisasjon og regelverk for eventuell rekruttering av indiske sykepleiere, har lagt utredningen og intensjonen bort og finner det ikke aktuelt å gå videre med denne nå.

Et firma som kun rekrutterer filippinske sykepleiere, ansetter dem i firmaet før de etter hvert formidles videre inn i norsk helsetjeneste. En stor utfordring er språkopplæring. Den starter på Filippinene og fortsetter i Norge. Firmaet har rekruttert 300 sykepleiere hittil; kun to har returnert siden de startet opp, resten har bosatt seg i Norge.

Det er ikke noen spesifikk etterspørsel i helsesektoren etter helsepersonell fra utenfor Norden og EØS-området. Behovet dekkes innenlands og fra de geografiske nærområder til Norge. For personell fra land utenfor Norden og EØS-området møter man utfordringer blant annet med språk og autorisasjon. Fra de store rekrutterings- og bemanningsbyråene opplyses det også at etiske hensyn ved rekruttering er viktige, men det kan finnes små aktører som opererer annerledes. Fagbladet "Sykepleien" hadde en artikkelserie våren 2008 om import av sykepleiere hvor det avdekket at det ofte er agenter og byråer i utviklingsland som formidler opplysninger om muligheten til å søke om autorisasjon i Norge. I den forbindelse gis det inntrykk av at de som får autorisasjon også får jobb som sykepleier. Det kan i realiteten være vanskelig, særlig p.g.a. krav om kunnskapsnivå i norsk språk.

5.5. Norske helsepersonellbehov, framskrevet

SSB har i 2008-2009 gjort en oppdatert framskriving til 2030 av helsepersonellbehov i Norge, basert på beregningsmodellen *Helsemod 2007*. Den viser et større behov enn forrige beregning (i 2006). Underskudd ventes for to profesjoner, helsefagarbeidere og sykepleiere. Det vil ventelig først og fremst vise seg i kommune-/pleiesektoren. For øvrige helseprofesjoner ventes det ikke å bli underskudd. For leger forutsetter det imidlertid at den betydelige andelen utdanning av norske leger som skjer i utlandet (ca. 20%), vil fortsette der.

Arbeidsgruppen som vurderer tiltak for helsepersonell i Norge behandler dette temaet utførlig i sin rapport (februar 2009).

5.6. Spørsmålet om kompensasjon til sendeland eller -institusjoner

Mange ordninger har vært foreslått i ulike sammenhenger, men utover noen mindre konkrete formuleringer i enkelte bilaterale avtaler om gjensidige fordeler for sendeland, mottakerland og helsearbeiderne selv, er det ikke dannet noen praksis eller mønster. Begrepet ”kompensasjon” kan også forstås på flere måter, ikke bare monetært.

Et forslag, som bl.a. var framført av utviklingsland i internasjonale fora initialt etter tusenårsskiftet, var at det skulle fastsettes pris for kostnadstap for utdanning pr. helsearbeider som avgis fra u-land til i-land. Men prissetting av utdanning har det ikke vært umulig å finne en omforent formel på – bl.a. fordi utgiftene i opprinnelsesland varierer fra land til land, og de har vært båret både av private/kandidaten selv samt av stat, kommune o.s.v. Det er derfor vanskelig å vurdere hvordan man skal fastsette eventuell kompensasjon.

En annen kompliserende faktor i debatten har vært hvordan man skal håndtere de mange tilfeller av at migranter flytter videre fra ett til neste destinasjonsland, o.s.v. Det kan bli omfattende administrasjon og byråkratisering av slike ordninger, trolig med uheldige bivirkninger som kan vanskeliggjøre en ”flyt” som også kan ha fordelaktige sider.

Bilaterale eller institusjon-til-institusjons avtaler har vært forsøkt og har ulik karakter. Få av disse vil være replikable. De kan ikke kopieres til andre avtalepartnere fordi de er land- eller partnerspesifikke eller også tidsspesifikke. Avtaler kan framkomme mellom to avtaleland også ved at politiske og kulturelle bånd tilsier samarbeid som begrunnes i gjensidig nytte uten at den er utregnet monetært. Den uttalte gjensidige nytten utgjør ”kompensasjon”.

Arbeidsgruppen har festet seg ved erfaringer fra noen av de eksisterende bilaterale avtaler mellom to eller flere land. De kan omfatte og involvere utdannings- og praksisinstitusjoner i landene, man kan tenke seg to- eller trepartssamarbeid Norge - utviklingsland 1 - utviklingsland 2. Flerpartssamarbeid via regionale institusjoner f.eks. SADC, EØS/EU, Norden-utviklingsland kan også være aktuelle å utvikle.

En illustrasjon: Uten at Ghana er det mest naturlige samarbeidslandet ut fra at det er andre land vi har nærmere samarbeid med, så er vi kjent med at Ghana utdanner 3.000 sykepleiere pr. år men har 64.000 søkere til utdanningen: ”Kan noen tenke seg å investere i utdanning hos oss av den arbeidskraftreserven på 61.000 som ikke fikk utdanningsplass?”, spurte Ghanas helsedepartements-representant på et seminar i Norge nylig.

Flere utviklingsland har i det siste gitt stemme til at man utreder og forhandler om mulige ”vinn-vinn” løsninger mellom land. De ønsker like gjerne å se seg selv i en likeverdig forhandlingsposisjon som å ha rollen som bistandsmottaker.

6. Forslag til norsk helsepersonellsatsing gjennom utviklings- og utenrikspolitikk

6.1. Innledning

Norsk innsats for helsepersonell i utviklingsland kan ikke eksklusivt kobles til tiltak overfor de lavinntektsland som Norge mottar helsepersonell fra. Til det er slik tilstrømming til Norge for liten og betydningsløs. Migrantstrømmene går heller fra lavinntektsland til land som de har en nærmere historisk og språklig relasjon til (særlig fra kolonitida), f.eks. USA, Canada og Storbritannia.

Helsepersonellsatsingen må ha den globale skjevfordeling av ressurser som utgangspunkt. Den skal bidra til å sikre folkehelse og helsesikkerhet gjennom et samarbeid mellom likeverdige internasjonale partnere uansett status som utviklings- eller industriland. Bistandssamarbeid med de mest utsatte landene kan i tillegg bidra til at samarbeidsland kan løse akutte behov og bygge kapasitet.

Den multilaterale kanalen blir den viktigste for norsk helsepersonellbistand. Norges ressurser er begrensede i forhold til de totale behov for innsats. Internasjonalt har Norge et sterkt engasjement innen utviklingspolitikken og har påtatt seg en pådriverrolle innenfor problemstillingene rundt helsepersonell. Effekten av vår satsing når lengst gjennom et multilateralt samarbeid og multilaterale bistandskanaler. Norge bør derfor være en pådriver internasjonalt for større fokus på området, og større samordning av tiltakene for å bedre effekten av innsats. For å ha troverdighet må vi også styrke og samordne egen nasjonal innsats best mulig. Forslagene på utviklings- og utenriksområdet må ha sammenheng med hva vi gjør i eget land.

Norge har sluttet seg til Paris-erklæringen³⁶ (OECD) som grunnprinsipp for sin bistand. Det gjør at en spesifikk norsk tematisk satsing på helsepersonell på landnivå ikke lett kan gjøres uten å berøre prinsippene om harmonisert innsats, partnerlandenes nasjonale eierskap og ansvar. Eventuell øremerking av bistand må i det minste være omforent mellom giver og mottaker, i tråd med erklæringen som har bred tilslutning både fra utviklingsland og givere.

Samtidig er den internasjonale organiseringen av helseutvikling i sterk endring med inntreden av utradisjonelle givere og betydelige midler: globale fond og allianser, sterke private givere (eks. Gates og Clinton stiftelsene), og særlige politisk ledede initiativer relatert til FNs tusenårsmål (eks. *International Health Partnership*, og *the Global Campaign for the Health MDGs*). Helsepersonell er en fellesnevner i disse og krever særlige hensyn til samhandling, synergier og virkemidler. All helsebistand må følges nøye og vurderes ut fra om den bedrer eller forverrer helsepersonellproblemene i det enkelte land.

I erkjennelse av at mer resultatfokusert innsats kan bringe verden nærmere oppfyllelse av tusenårsmålene, og av at mer tradisjonelle bistandsformer mangler den nødvendige styrke og dynamikk, har bl.a. den norske statsministerens tusenårsmål 4&5-initiativ blitt til.

Slike innovative tilnærminger kan også åpne for fruktbare samarbeidsløsninger mellom norske helsemiljøer og tilsvarende i utviklingsland. Mange slike aktiviteter som er initiert og

³⁶ http://www.oecd.org/document/18/0,3343,en_2649_3236398_35401554_1_1_1_1,00.html

drevet fram fra norske helseaktørers side, er for lengst i gang. Men det må være et mål at de styrkes og målrettes slik at de bedre står i forhold til de utfordringene som krisens omfang utgjør.

6.2. Politisk og strategisk lederskap og pådriverarbeid

Pådriverarbeid og politikkpåvirkning i internasjonale fora er et innsatsområde hvor Norge kan gjøre en forskjell, ut fra den framskutte rollen Norge har i å arbeide for de helserelaterte Tusenårsmålene. Norge har vært særlig aktiv i de mange initiativ som er relevante for helsepersonellkrisen, og kan arbeide særlig for tre nøkkelforutsetninger som løsningene avhenger av: **Kunnskap** om realitetene, **koherens** og **koordinering** på tvers av sektorer og arenaer.

Kunnskap: Som grunnlag for politisk og strategisk lederskap er det behov for bedre datagrunnlag for å vurdere den aktuelle situasjonen og en bedre dokumentert kunnskapsbase om hva som gir best resultater. Dette er et arbeid, som må samordnes internasjonalt og gi muligheter til å dokumentere status og vurdere effekten av tiltak.

Koherens: En resultatrettet politikk for å mestre helsepersonellkrisen nasjonalt og samtidig bidra til løsninger i de landene som er mest sårbare og tyngst berørt, krever at virkemidler for nasjonal politikk, handel, utenriks- og utviklingspolitikk er samstemt.

Koordinering: Det må legges opp til bedre koordinering av norsk politikk i ulike internasjonale fora som berører helsepersonellspørsmål som for eksempel WHO, WTO/GATS, G8 og *Global Health Workforce Alliance* (GHW).

Norsk lederskap kan i særlig grad aktiveres gjennom:

- Utenrikspolitikk og global helse initiativet der utenriksministere fra syv land står sammen om en felles agenda for å styrke nasjonal og global helsesikkerhet, med helsearbeiderutfordringene som ett blant ti identifiserte fokusområder
- Den norske satsingen på de helserelaterte tusenårsmålene med mødredødelighet som hovedfokus, der tjenester med adekvat bemanning er en forutsetning for resultater
- Arbeide for bedre koordinering og ivaretagelse av utviklingslands hensyn generelt og helsesektorhensyn spesielt i WTO/GATS forhandlinger. De fattigste landene skal i større grad kunne nyttiggjøre seg et åpent og regelbasert internasjonalt handelsregime, inkludert for tjenestemarkedet. Muligheten for en preferanseordning for de fattigste landene (MUL) for bedre markedsadgang for tjenesteytere må her sees i sammenheng med de samme landenes behov for å sikre dekning av tjenester for egen befolkning. Å vurdere konsekvenser og virkninger av slike ordninger for utviklingsland og for Norge er derfor en viktig oppgave, for å kunne utnytte migrasjon positivt til fordel for utviklingsland
- Økt vekt på kunnskap om regionale perspektiv og bedre kommunikasjon mellom ulike regionale aktører som bidrag til norske forhandlingsposisjoner innenfor WHO, WTO, ILO, Rådet for migrasjon og utvikling og andre multilaterale organers arbeid med disse spørsmålene
- Norge bør søke aktivt samarbeid med EU for samordning av europeiske og globale initiativ på helsepersonellområdet. Norge bør bl.a. bidra med innspill til EUs grønnbok om helsepersonell.

6.3. Tiltak som bidrar til mestring av helsepersonellmigrasjon

Internasjonal migrasjon utgjør ikke alltid den største faktoren for avgang fra sektoren; om man så helt stoppet migrasjon, ville helsepersonellkrisen fortsatt være alvorlig i de fleste land. Men migrasjon er viktig å håndtere og ha noe styring med. Den kan i verste fall bety alvorlig tapping av en svak ressursbase i sendeland, slik det finnes eksempler på i dag. Riktig håndtert kan migrasjon også ha positive virkninger for sendeland (f.eks. i form av pengeoverføringer fra migranter til hjemlandet, sirkulær migrasjon, involvering av diaspora m.m.).

En av de viktigste årsakene til at helsepersonell i utviklingsland migrerer, er at arbeidsforholdene i egne land kan være høyst utilfredsstillende. Det er mangel på hjelpemidler, medisiner, transport, henvisningsmulighetene er begrensede og personellet får lav status, møter mistillit og aggresjon hos pasienter fordi de ikke kan bidra (nok) i kritiske situasjoner eller kun kan gi diagnose men ikke behandling. Styring og ledelse er svak. Til dette kommer at lønnen ikke er til å leve av i mange land. Livsvilkårene generelt kan være preget av politisk og økonomisk ustabilitet, utdanningsmuligheter for egne barn er svake m.m. Motivasjonen svekkes. Helsepersonell er ettertraktet i sentrale strøk i eget land og i andre land, og migrasjon blir en løsning for mange. Resultatet er lite effektive helsetjenester og ulik tilgang til kvalifisert helsepersonell innen det enkelte landet.

I stort følger migrasjonsstrømmene arbeidsmarkedskreftene, mot de rikere landene i egen region og over regionsgrenser. I tillegg tappes personell i mange land fra offentlig til privat sektor (avhengig av lønnstilbud og arbeidsplassens kvalitet) og fra bygder til byene. Og har rike land lav selvforsyningsgrad av eget helsepersonell, blir etterspørselen og tiltrekningskraften stor.

6.3.1. Code of Practice (COP) for internasjonal rekruttering av helsepersonell

Arbeidet med COP er å søke globale løsninger på et globalt problem. Norge ønsker å styrke koden i retning av rett til helse, noe som forutsetter bedre helsesystemer herunder bedre helsepersonellsituasjon i u-land. COP er for tiden til behandling i WHO's styrende organer. COP vil bli et viktig normativt instrument når den forhåpentligvis blir vedtatt på Helseforsamlingen i 2010.

Norges posisjon er at COP må baseres på forutsetninger om en større grad av selvforsyning av helsepersonell i rike land, kapasitetsbygging i utviklingsland, og unngå aktiv rekruttering fra land med helsepersonellmangel. Det første utkastet til behandling i WHO's styre 2009 foreslås styrket og gitt eksplisitte uttrykk på disse feltene, ut fra utgangspunktet om at en COP skulle utarbeides for å beskytte helsesystemene i lavinntektsland mot tapping av helsepersonell ved migrasjon.

6.3.2. Bilaterale avtaler

Erfaring fra forsøk med å få til bilaterale avtaler med kompensasjonsmekanismer, viser at dette er svært krevende prosesser. Det er arbeidsgruppens vurdering at det er lite hensiktsmessig med kompensasjon beregnet pr. helsearbeider, bl.a fordi det medfører store administrative transaksjonskostnader. Kompensasjon må ses som globalt medansvar.

Eventuelle avtaler må tilpasses forhold i det enkelte land og må bygge på grundig informasjon. Det finnes p.t. mange forskjellige typer bilaterale avtaler. For Norge, som har minimalt med helsepersonell fra u-land, har det liten hast å inngå slike avtaler og konkrete forslag som måtte fremmes, må utredes.

Ulike virkemiddelsett kan inngå i samarbeidsavtaler, både finansiell støtte, personellutveksling, kapasitetsutvikling og institusjonsbygging, spesialistutdanning og forskning. Allerede eksisterende ordninger (f.eks. NOMA og NUFU) kan bygges inn. Samarbeidsavtaler bør bygge på prinsippene og de etiske rekrutteringsnormene i COP.

Effekten av tiltakene skal være

- flere helsearbeidere i partnerland
- bedre kvalitet i partnerland på helsearbeiderutdanning og helsearbeideres ytelser
- økt kvalitet på migrant-helsearbeidere gjennom utdanning og opphold i Norge
- planlagt/styrt og økt tilførsel av kort- og mellomlang tids migrantarbeidere betyr flere helsearbeidere i Norge (kombinasjonsopphold med videreutdanning og arbeid)
- bredere grunnlag i Norge for å håndtere virkninger av økt globalisering i helsesektoren, ved at flere deler/sektorer av norsk forvaltning aktivt involveres i arbeidet

WTO vil kunne være en viktig internasjonal arena for å få på plass internasjonalt rammeverk for midlertidig bevegelse av helsearbeidere over landegrensene med utgangspunkt i GATS. Gitt WTOs multilaterale karakter, kan organisasjonen også være tilrettelegger for at mottakerland i større grad koordinerer sin rekrutteringspolitikk/immigrasjonsprogrammer med utviklingsland/sendeland og da særlig de land som har mangel på helsepersonell for å unngå aktiv rekruttering i disse landene.

Sirkulær migrasjon

Sirkulær migrasjon omtales ofte i positive vendinger, og noen ganger har det vært god effekt av slike ordninger om enn omfanget sjelden har vært stort. USAID har f.eks. et mindre program for at kvalifiserte sør-sudanesere i USA skal kunne vende tilbake for kortere eller lengre perioder og bidra i gjenoppbyggingen av kapasitet i forvaltningen der³⁷.

Det vil kreve både ressurser til insentiver samt administrativ kapasitet å forestå sirkulær migrasjon. Det minner i form om tidligere dagers personellbistand i norsk utviklingssamarbeid, bare at det nå søkes rekruttering fra diaspora. Det kan være vanskelig å få til prosjekter med sirkulær migrasjon som får et omfang som i vesentlig grad bidrar til å motvirke helsepersonellmangelen i Sør. Men med økende involvering av diasporagrupper i utviklingssamarbeidet for eksempel gjennom Migrasjon og utvikling-prosjektet og andre tiltak, bør program for systematisk oppmuntring/incentiver til sirkulær migrasjon utredes.

Arbeidsgruppen foreslår:

- Arbeidsgruppen vil foreslå at det i forbindelse med norske bilaterale satsinger f.eks. TUM 4&5, Migrasjon og utvikling etc. vurderes å legge til en komponent med sirkulær migrasjon.
- Bilaterale avtaler mellom Norge og utviklingsland utredes ikke på nåværende tidspunkt. Dersom det skulle bli aktuelt, bør en utrede mulige fordeler, men samtidig vurdere

³⁷ Det vises til stoff om en rekke internasjonale programmer, bl.a. i regi av IOM og UNDP og prosjekter fra ulike land, for eksempel Nederland og UK. MPI-rapport <http://www.migrationpolicy.org/pubs/Insight-IGC-Sept08.pdf>

hvordan motvirke uønskede bieffekter f.eks. for migrantene selv. Avtaler må bygge på standarder i en framtidig COP som et minimum, og ivareta reguleringer i WTO/GATS avtaleverket.

- Engasjere seg i samarbeidet i WHO, ILO og IOM for utvikling av forbedrede rapporterings- og datainnsamlingsmekanismer om helsepersonellmigrasjon.

6.4. Tiltak som bidrar til å styrke landenes kapasitet til effektiv helsepersonellforvaltning

Hovedtiltakene i dette kapittelet omfatter tiltak som ikke forbeholdes spesielle land, men kan iverksettes i og av ethvert samarbeidsland. De omfatter både planleggingsfunksjoner og finansiering for implementering, f.eks. finansieringsmodeller, helseinformasjonssystemer, utdanning, forskning. Norge støtter globale fellesinitierte initiativ bl.a. gjennom WHO, Verdensbanken og GHWA som promoterer kunnskapsinnhenting og modellutvikling for hva landene selv kan gjøre, samt forskning.

I denne sammenhengen vil arbeidsgruppen peke på produkter fra arbeidsgrupper i GHWA, bl.a. om

- finansiering av helsepersonell (makroøkonomi, lønnsforhold; hva landene kan gjøre)
- planlagt og regulert rolle av private helseaktører i helsesystemene: Bedre kunnskapsgrunnlag for statlig helsepersonellforvaltning som omfatter privat marked
- utvikling av verktøy for utarbeidelse av helsepersonellplaner.

Andre internasjonale initiativ for å utrede og koordinere finansiering av helsetjenester og sosiale sikkerhetssystemer foregår, med aktiv norsk medvirkning.

Norges støtte gjennom Verdensbankens Trust Fund gir kunnskap må brukes aktivt og tilbys aktuelle land som kunnskapsgrunnlag for utvikling av helsepersonell- og retensjonspolitik.

6.4.1. Kapasitetsbygging av helsepersonellkomponent i nasjonale helsesystemer

Det er landene selv som må legge planer og utarbeide strategier for løsninger. Giverland kan støtte opp om disse, men landene selv må forestå gjennomføringen.

De enkelte lands planer må ha grunnlag i kunnskap om hva som kan virke. Dette grunnlaget kan alle land medvirke til å framskaffe, slik det bl.a. legges opp til i Kampala-erklæringen og GHWAs rammeverk for handling. Det forutsetter at alle i et flerpartssamarbeid om helsepersonell i hvert land enes om én felles realitetsbeskrivelse og prioriteringer, og så bidrar i henhold til rolle og fortrinn.

Av størst betydning er utvikling av robuste helsesystemer i landene: Bærekraftig helsefinansiering, evne til å utnytte de muligheter som nasjonaløkonomiene kan ha for oppskalering av antall helsearbeidere, retensjonspolitik, kapasitet og kvalitet i tjenestene og i utdanningen, samhandling med frivillige og kommersielle aktører er nøkkelområder i denne sammenheng.

Erkjennelsen av at nøkkelkomponenter i helsepersonelltematikk ligger utenfor helsesektorens myndighetsområde, betyr at nasjonal samhandling – i i-land som i u-land – må bedres i retning av økt koherens. Dette fordrer bl.a. å sikre sammenheng mellom tiltak for arbeidsmarked, utdanning, finansiering av helsepersonell og makroøkonomiske forhold.

Statenes ansvar for å ha helsepersonellenheter med kapasitet og robusthet må utvikles. I nesten alle lavinntektsland med helsepersonellkrise er disse strukturene for svake.

Virkemidler som kan tas i bruk (planleggingsverktøy, *best practice*-identifisering, forskning, påvirkningsarbeid) er i rask utvikling i internasjonale helsesammenhenger. Norge kan delta i de globale foraene for denne utviklingen. Særlige utfordringer, som effekten av hiv/aids på helsepersonellsituasjonen, krever spesiell oppmerksomhet i mange land; helse- og hiv- og aids tiltak må sees i sammenheng på landnivå.

Arbeidsgruppen foreslår:

- Norge kan bidra som ”convener” i et flerpartsarbeid på landnivå – enten en er i samarbeid innen utdanning, helse, forskningssamarbeid eller aids. Hver ambassade bør kunne orientere seg om hvordan helsepersonellsituasjonen ser ut i vertslandet og ta denne inn i sitt grunnlag for strategi slik man ellers legger f.eks. makroøkonomiske forhold til grunn. Helseekspertise i UD, Norad og norsk hjemlig forvaltning kan gi ambasadene enkle virkemidler til dette.

6.4.2. Økt innsats for å styrke helsepersonellutdanning og forskningssamarbeid

Mangelen på helsepersonell har sammensatte årsaker. En mulig løsning ligger i programmer som kombinerer

- utdanningssamarbeid etter de utprøvde modellene
- kapasitetsbygging ved viktige helseinstitusjoner og helseutdanningsinstitusjoner gjennom likeverdige partnerskap med tilsvarende i Norge
- investeringer i infrastruktur, faglig samarbeid, konferansedeltagelse/faglig oppdatering, prosjektfinansiering, tilgang til faglitteratur etc.
- muligheter til faglig utveksling/oppdatering/studiebesøk innenfor rammer som motvirker hjerneflukt
- forskningsmuligheter i Sør for norske helseforskningsmiljøer.

En integrert strategi for å avhjelpe personellmangel i den norske helsesektoren uten at det går ut over kapasiteten i partnerland i Sør kan være å kombinere tiltak for utdanning av personell samt kapasitetsbygging på bred front i sendelandet med elementer av turnus-/plikttjeneste i Norge. En slik strategi kan i det minste bli en måte å kompensere for migrasjonen innenfor ansvarlige rammer. Som del av den styrkede koordinerte satsingen på kompetanseoppbygging i helsesektoren i Sør, vil arbeidsgruppen også foreslå at det legges vekt på samordning av de norske tiltak og systemer med andre land og internasjonale organisasjoner. Dette vil omfatte blant annet evaluering og erfaringsutveksling for å styrke samordning og effektivitet av tiltakene.

Arbeidsgruppen foreslår:

En koordinert satsing på kompetansebygging i helsesektoren i Sør:

1. Følgende to tilnæringsmåter for å styrke utdanning og forskning kan vurderes:
 - a. NUFU-programmet og NOMA-programmet tilføres en bevilgning til et spesialtiltak rettet mot helsesektoren i tråd deres respektive programavtalers §2.2. Fordi mange vitale helsetjenester forutsetter personell med kompetanse på Bachelor-nivå, kan det videre opprettes et tilsvarende program for institusjonssamarbeid om grunnleggende helseutdanning. Eller:
 - b. Det kan etableres et helhetlig og frittstående helseprogram etter NUFU- og NOMA-modellen med komponenter som dekker alle utdanningsnivåer (Bachelor, Master, PhD) og forskning.
2. Arbeidsgruppen mener det er viktig å søke å trekke helseinstitusjoner i Nord og i Sør direkte inn i samarbeidet, i tilknytning til lærestedene og med mulige forskningskomponenter som koordineres med denne satsingen.

Valg av tilnærming foreslås utredet med sikte på snarlig iverksettelse. Her vil universiteter og høyskoler være viktige samarbeidspartnere. Om disse komponentene skal organiseres som integrerte deler av de eksisterende programmene eller settes opp som et separat program, må vurderes i samband med utarbeidelse av endelig programdesign.

Arbeidsgruppen har ikke gjort konkrete kostnadsberegninger, men antar at et program som monner, vil kreve relativt tung finansiering. Som et utgangspunkt forutsees en fireårig pilotfase fra 2010 med en finansiering på NOK 150 mill.

6.4.3. Bedre datagrunnlag for å informere politikk og resultater

For at myndighetene i et land skal kunne planlegge behovet for og distribusjon av helsepersonell, trengs det kunnskap om antall aktive helsearbeidere i helsesektoren, hvordan de fordeler seg og deres karakteristika. Det trengs også kunnskap om de som er under utdanning til fremtidig jobb i helsesektoren, om hvor stor avgang det er fra sektoren og hvorfor. Et helseinformasjonssystem med en sterk helsepersonellkomponent vil bidra til å gi et godt datagrunnlag for tilgang til og tilgjengelighet av helsepersonell på rett plass, med den riktige kunnskapen. Et pålitelig og robust informasjonssystem for helsepersonell er essensielt for utarbeidelse, gjennomføring og evaluering av helsepersonellplaner regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Datagrunnlaget er ofte dårlig og helseinformasjonssystemene svake i de fleste utviklingsland. Tekniske, moderne verktøy (informasjonsteknologiske løsninger) mangler. Bl.a. har Universitetet i Bergen en innovativ modell med mobiltelefoni under utvikling.

En gruppe ved Universitetet i Oslo i samarbeid med *University of the Western Cape* i Sør-Afrika har fra 1994 jobbet med helseinformasjonssystemer i utviklingsland: "*Health Information System Program*" (HISP) er i dag koordinert av Institutt for informatikk ved Universitetet i Oslo.

Viktige komponenter i programmet er:

- Utvikle et "minimum datasett" for primærhelsetjenesten knyttet til nøkkelindikatorer
- Utvikle en fleksibel software-pakke (*District Health Information Software*) som tillater registrering av data, validering og analyse på lokalt nivå, samtidig som det sørges for at regionale og nasjonale myndigheter får de dataene de trenger.

- Systematisk opplæring av helsearbeidere og ledere på alle nivå, fra helsesentre til nasjonale myndigheter.

HISPs hovedfokus er brukerstyring og kapasitetsbygging ved å opprette lokale HISP grupper, i motsetning til tradisjonell software-utvikling som vanligvis er teknologidrevet. HISP-nettverket, med DHIS-software, er blitt en suksess og ble innført som nasjonal standard i Sør-Afrika i 1999. I dag har HISP samarbeid med mange afrikanske og asiatiske land.

HISP er internasjonalt anerkjent ved at de er en del av WHO's *Public Health Toolkit*. Det består av tre typer software som dekker behov for helsepersonell som driver pasientbehandling på klinikker, helseadministratorer på distrikts- og region-nivå og nasjonalt nivå. HISP jobber også tett sammen med *Health Metrics Network* for å få på plass et internasjonalt rammeverk for standardisering.

Arbeidsgruppen foreslår:

- Å støtte UiO/HISP-nettverket med bistandsmidler, hvor det utvikles en pilotversjon med en helsepersonell-modul i helseinformasjonssystemet. Ytterligere utvikling av informasjonsteknologi og mobiltelefonløsninger bl.a. på Universitetet i Bergen støttes.

6.4.4. Resultatbasert finansiering som virkemiddel

Fordi det mangler solid kunnskap om effektene, kostnadseffektiviteten og risikoen for uønskede virkninger ved bruk av økonomiske insentiver, bør RBF-ordninger som innføres følges nøye for å avgjøre om incentivene virker slik de var tenkt å virke. For å skille ut virkningene av økonomiske insentiver fra en større pakke av tiltak må det gjennomføres grundige evalueringer. Hvis mulig, er et randomisert forsøk den ideelle metoden for slike evalueringer fordi man da kan kontrollere for de mange faktorene som kan innvirke på resultatene. Et slikt forsøk kan dessuten gi raske og pålitelige svar. I tillegg er det behov for både kvantitative og kvalitative prosessevalueringer, ikke minst med tanke på kompleksiteten det her er snakk om - både når det gjelder tiltak, atferd og systemer.

Arbeidsgruppen foreslår:

Det avsettes midler

- a) NOK 5 mill. pr. år, til gjennomgang av og forskning på helsepersonellspesifikke implikasjoner av RBF-implementeringen i ulike land. Dels vil dette være følgeforskning, som vil gi kontinuerlig kunnskapsoppdatering om virkninger og mulige vridningseffekter av programmet slik at dets innvirkning på den totale helsepersonellsituasjonen i de respektive landene kan overvåkes.
- b) Dels vil dette virkemiddelet sees i sammenheng med støtte til forskning på øvrige arbeidsmarkedsrelaterte implikasjoner for helsepersonell, slik det bl.a. gjøres gjennom den norske støtten over til sammen seks år for *Human Resources for Health Trust Fund* i Verdensbanken: NOK 5 mill. pr. år.

6.5. Bistand gjennom multilaterale og internasjonale kanaler og aktører

Norsk hovedsatsing på helsepersonell foregår i dag, og kan eventuelt utvides, gjennom multilaterale kanaler og globale initiativ. Norges ressurser er i den store sammenheng relativt små – ca. 3% av total helsebistand – ressursene må derfor inngå i sammenhenger som gir en samleeffekt.

WHO

I november 2008 ble det undertegnet ny toårig programavtale mellom Norge og WHO med tilsagn om overføring av NOK 215,5 mill. pr. år. NOK 25 mill. pr. år skal ifølge avtalen gå til strategisk mål 10: ”forbedring av organisering, administrasjon og levering av helsetjenester”.

GAVI og helsesystemstyrking-komponent (HSS- *Health Systems Strengthening*).

Målsetning for GAVI HSS er å styrke helsesystemer for å øke og opprettholde vaksinedekningen. Helsepersonell er ett av de tre HSS hovedtemaene. Totalt er USD 800 mill. satt av til HSS, ca. 89 mill. er allokert til intervensjoner knyttet til helsepersonell.

Muligheter for ytterligere styrking av helsepersonellkomponenten i GAVI: Arbeide for mer fleksibilitet i bruken av midlene, i retning mer generell helsepersonellstyrking (ikke bare eksplisitt øremerket vaksine) og foreslå i retningslinjene at midlene skal bidra til å løse helsepersonellutfordringen generelt

Det Globale Fondet – GFATM - helsesystemstyrking

Målsetning for GFATMs helsesystemstyrking er å forbedre offentlige, private og lokale helsesystem slik at byrden av aids, tuberkulose og malaria kan reduseres over tid. WHO har kategorisert seks essensielle byggeblokker for et velfungerende helsesystem. Disse ligger også til grunn for GFATMs mandat.

Norge har fremmet at Fondet skal ha en rolle, men at det vil være å trekke fondets finansieringsrolle for langt å skille ut helsesystem som en separat komponent. Norge fremmer også at fondets arbeid på dette området må vurderes/samordnes med innsats fra GAVI, Verdensbanken, WHO og andre.

UNAIDS

Norge er den 4. største giveren til UNAIDS. I 2008 bidro Norge med NOK 160 mill. UNAIDS er ikke en giverorganisasjon, men ble etablert for å sikre koordinering på landnivå og en integrert og helhetlig tilnærming i bekjempelsen av hiv og aids. Programmet skal sørge for globalt lederskap på feltet gjennom å følge, overvåke og evaluere epidemien og å koordinere den totale innsatsen som gjøres for å bekjempe den. Sentralt står arbeidet med å oppnå universell tilgang til forebygging, behandling, omsorg og støtte.

UNAIDS arbeider for å koble helse og aidsarbeidet tettere sammen. Effektive aids-responser styrker helsesystem til fordel også for andre sykdommer og bidrar til å oppnå de globale helsetusenårsmålene. I 2007 gikk minst 1 mrd. av aidsfinansieringen til styrking av helsesystem. UNAIDS fikk i 2008 ansatt den første rådgiveren på helsesystem og den multisektorielle responsen. Norge vil arbeide for at det blir best mulig sammenheng mellom helsesystem-responsene til fondene og de multilaterale organisasjonene og landene selv.

GHWA-initierte produkter fra arbeidsgrupper og samproduksjon med andre instanser bl.a. Verdensbanken og WHO, har støtte gjennom norsk finansielt bidrag til GHWA (NOK 20 mill. pr. år). Både kunnskapsproduktene og verktøyene for styrking av helsepersonellplaner og øvrige helsesystemkomponenter gjøres gratis tilgjengelig for utviklingsland.

INGO-kanalen, sivilt samfunn (Internasjonale NGOs)

Denne kanalen er viktig for å sikre pådriver- og ”vaktbikkje”-funksjoner. Rettighetsspørsmål innen helse (likestilling/kvinneres rettigheter), er allerede en tematisk føring for denne bevilgningen på statsbudsjettet. Særlig i forbindelse med COP er det viktig å bidra til at retningslinjene både implementeres og praktiseres etter den angitte standarden. For øvrig er her muligheter for å ivareta kjønnsdimensjonen i helsepersonellmigrasjon; kvinner er utsatte som migranter og etterlater seg en viktig omsorgsbyrde i hjemlandet. Denne bevilgningen kan få anvendelse til viktige mindre tiltak innen helsepersonelltematikken.

Arbeidsgruppen foreslår:

- Norge fortsetter bistanden til styrking av helsesystemer, derunder helsepersonellkomponenter, gjennom multilaterale kanaler.

6.6. Bilateral finansiell bistand til samarbeidsland

Det er ulike komponenter i Norges bilaterale bistandsportefølje:

1. Helsesektorsamarbeid Malawi:

Norsk bistand og deltakelse i sektorsamarbeidet sammen med andre givere (”kurvfinansiering”), hvor helsesystemstøtte og helsepersonell er en hovedkomponent og inngår i myndighetenes planer. Malawi har helsepersonellplan.

- Bistand og samarbeid gjennom kanalen for sivilt samfunn. Sykepleierutdanning inngår f.eks. i et strategisk samarbeid med Kirkens Nødhjelp som partner sammen med lokale institusjoner.

- Støtteordninger til norske helseinstitusjoner (Ullevål sykehus, Haukeland sykehus – finansiering gjennom ambassaden i Lilongwe) som samarbeider med sykehus i Lilongwe.

2. Helsesektorsamarbeid Tanzania:

Inntreden i sektorsamarbeidsordningen (SWAp) skjedde i 2008 som mekanisme for implementering av Statsministerens tusenårsmål-satsning i landet. Helsepersonell er et deltema i sektorsamarbeidet mellom giverne inkl. Norge og myndighetene, spesielt gjennom bonusordning for helsearbeidere for oppnådde resultater tilknyttet svangerskap og fødsel, d.v.s. resultatbasert finansiering.

3. Statsministerens Tusenårsmål-satsing i Nigeria, Pakistan, India:

Som redegjort for i kap. 4.5 b, med forsterket integrering av helsepersonellkomponent i satsingen.

4. Sivilt samfunn / frivillige organisasjoner

Støtten gis gjennom sivilt samfunn med frivillige organisasjoner som strategiske partnere etter modell av Kirkens Nødhjelp, Malawi og sykepleierutdanningsprosjektet: Vurdere forlengelse og se i sammenheng med norske helseinstitusjoner som samarbeider med samarbeidslandenes institusjoner (se kap. 6.6).

5. Humanitær bistand

I mindre grad brukes denne kanalen inn mot helsepersonell som kritisk faktor for å få fram

helsetjenester, gjennom personellbistand og spesifikke tiltak for mobilisering av lokalt/nasjonalt/regionalt personell. Vurdere potensial for å støtte regionale opplæringstiltak for helsepersonell som ressurs i nødssituasjoner.

Arbeidsgruppen foreslår:

Innsats for kapasitetsstyrking

- i) i land som vi har helsesektor-samarbeid med (Malawi) og i samarbeidslandene for statsministerens tusenårsmåliniativ (Tanzania, Pakistan, India, Nigeria)
- ii) i land der norske institusjoner og sykehus har institusjonssamarbeid (bl.a. Etiopia, Sør-Afrika, Malawi)
- iii) i land der utvekslingsordninger finnes gjennom Fredskorpset og ESTHER-modellen
- v) i land der Norge kan bidra gjennom IHP-mekanismen³⁸ som Norge er del av
- vi) ved å bygge helsepersonell inn likt i både helse- og hiv/aidssatsingene.
- iv) ved å utrede mulighet for en mer systematisk støtte til regional helsepersonellutdanning over humanitær-bevilgningen, som beredskap for kriser og katastrofer

6.7. Tilrettelegging for mer målrettet deltakelse fra norske helseaktører

Særlig i bilateral sammenheng er det aktuelt at fagmiljøer og institusjoner i Norge som ønsker å medvirke, blir engasjert. Allerede er mange norske institusjoner engasjert i partnersamarbeid med institusjoner og organisasjoner i Sør: Fra privat sektor og offentlige helseinstitusjoner, deltakere i ESTHER-samarbeidet, Fredskorpset, forskning, profesjons- og frivillige organisasjoner. Et norsk helsenettnettverk for utvikling som har helsepersonell som et hovedanliggende er under etablering på en plattform som Fredskorpset, Norad og Helsedirektoratet vil bistå med å tilrettelegge. Dette bør støttes. For miljøer utgått fra norske helseforetak må aktiviteter tilpasses det mandat de har i norsk helsesektor og norske helsemyndigheter.

Aktuelle prinsipper er:

- at medvirkningen er koordinert gjennom målrettede tilskuddsordninger og erfaringsutveksling
- at det oppnås målrettet effekt av engasjementet
- at bistandsaktiviteter står i forhold til hva som er de mest sentrale behov nasjonalt i samarbeidsland og inngår i prioriterte satsninger
- at det foreligger nasjonalt/lokalt eierskap i samarbeidslandet, og at det medfører varig kapasitetsutvikling
- at det etableres en plattform i Norge for utveksling av erfaringer som gjøres i samarbeidsrelasjoner (eks. et norsk helsenettnettverk for utvikling).

³⁸ IHP – International Health Partnership ble lansert i 2007 med statsministeren som en av initiativtakerne bl.a. sammen med Storbritannias statsminister. Et givervekoordineringsinitiativ for helsesektorsamarbeid og med muligheter for finansiering. Har valgt ut noen land for samarbeidskoordinering i første omgang – Mosambik, Burundi, Etiopia, Kenya, Mali, Nigeria, Zambia, Nepal, Kambodsja.

Arbeidsgruppen foreslår:

- Et samordningsorgan (norsk helsenettverksplattform) gis støtte, for å bedre samordne og sikre kvalitet i norske helseinstitusjoners og organisasjoners medvirkning, og som ledd i arbeidet for bedret internasjonal samordning.
- Finansieringsordninger støttes, først og fremst gjennom ESTHER-samarbeidsmodellen, for å sikre forutsigbare samarbeidsrelasjoner for partnere.

6.8. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

I den grad det har vært mulig, har arbeidsgruppen lagt økonomiske overslag til hvert forslag. For en del av enkeltforslagene vil det imidlertid kreve egne delutredninger å beregne de økonomiske konsekvensene. Disse beregningene bør helst foretas når beslutninger om tiltak, eller innretning på helsepersonellpolitikken, er tatt. Arbeidsgruppen mener beslutninger kan fattes uten delutredninger, idet forslagene i stor utstrekning er bygget på at overordnet ressursbruk ikke skal utvides: Det er fokusering, samordning og innretning som i første rekke skal gjøre norsk helsepolitikkssatsing mer effektiv i utenriks- og utviklingspolitikken som Norge fører. Det kan innebære noe mer budsjettmessig fokusering og enkelte omprioriteringer for å sikre dette.

Derimot foreslås en egen mekanisme for ansvarliggjøring, som har *administrative* konsekvenser. Arbeidsgruppen mener at nettopp det å fokusere, samle og koordinere alle innsatsområdene som helsepersonellfeltet berører, krever koordinering. Det bør tillegges en ansvarliggjort enhet å ha denne oppgaven. Samtidig må man sikre den flersektorielle medvirkningen.

Det er naturlig å forankre oppfølgings- og koordineringsansvaret i UD, som har det konstitusjonelle ansvaret for de fleste av tiltakene som inngår i forslagene.

I tillegg bør det legges inn en forutsetning om en egen rapporteringsprosedyre for helsepersonellsatsingen på utenriks- og utviklingsområdet. Som et minimum bør den skje gjennom statsbudsjettprosessen, i Stortingsproposisjon nr. 1 hvert år.

Arbeidsgruppen foreslår:

- Ansvar for å koordinere og målrette norsk helsepersonellsatsing i utenriks- og utviklingspolitikken legges til UD, med medvirkning gjennom fast deltakelse fra HOD, KD og AID i en referansegruppe.
- Det skal avlegges årlig rapport om oppfølging og resultater av helsepersonellsatsingen.

-----*

VEDLEGG: Mandat

Arbeidsgruppe om migrasjon av helsepersonell. Mandat.

Bakgrunn:

Regjeringen har vedtatt at det skal etableres to arbeidsgrupper i regi av Helse- og omsorgsdepartementet og Utenriksdepartementet. De to arbeidsgruppene skal vurdere henholdsvis innenlandske tiltak og eventuelle tiltak på bistandsområdet når det gjelder rekruttering av helsepersonell.

Det er en klar målsetting for denne regjeringen at Norge avstår fra aktiv og systematisk rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland. WHO peker i årsrapporten for 2006 på at 57 land anses å ha for lite helsepersonell til å kunne nå FNs tusenårsmål. 36 av disse ligger i Afrika. De landene med mest kritisk mangel på helsepersonell har samtidig den de tyngste helsebyrdene..

Norge arbeider internasjonalt i mange sammenhenger for å motvirke den globale mangelen på kvalifiserte helsearbeidere. Temaet står sentralt i Utenriksministernettverket for global helse og utenrikspolitikk som Norge har tatt initiativ til. Den globale helsearbeideralliansen med WHO som vertskap, har opprettet flere arbeidsgrupper for å utvikle og skape enighet om en felles referanseramme for tiltak på nasjonalt, regionalt og globalt nivå, både når det gjelder etisk rekruttering, finansiering, utdanning og partnerskap. Utviklingsministeren deltar i en høynivågruppe, The global Health Workforce Advisory Council, knyttet til denne alliansen. På et høynivåforum for Den globale helsearbeideralliansen i Kampala i mars 2008 ble det utarbeidet en handlingsplan for det videre arbeid.

Som grunnlag for arbeidsgruppens utredning vises til St. meld. Nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening (Omsorgsmeldingen) og Nasjonal helseplan. Det vises også til Regjeringens politikk når det gjelder arbeidsmigrasjon som er omtalt i Stortingsmelding nr. 18 (2007-2008) Arbeidsinnvandring. Det vises videre til pågående prosesser i WHO/GHWA og WHO Europa angående utarbeidelse av forslag til etiske retningslinjer for rekruttering av helsepersonell. Arbeidsgruppen vil vurdere forslag fremsatt i IS-1490 Rapport "En solidarisk politikk for etisk rekruttering av helsepersonell" av relevans for det utviklingspolitiske område.

Mandat for arbeidsgruppen:

1. Utrede relevant innhold og utarbeide en rapport til de departementer som sitter i arbeidsgruppen om oppfølging av r-notat om "En solidarisk politikk for rekruttering av helsepersonell" på bistandsområdet, herunder en vurdering av eventuelle politiske, administrative og økonomiske konsekvenser av en slik oppfølging og om eventuelt behov for et nytt r-notat. Oppfølgingen vil bli sett i lys av konklusjonene fra Globalt høynivåforum om helsepersonell i Kampala 2.-7. mars 2008. Oppfølgingen vil også bli sett i lys av stortingsmeldingen om arbeidsinnvandring og forslaget der om standarder for å motvirke aktiv rekruttering fra utviklingsland av arbeidstakere med høyere utdanning og kvalifikasjoner som utviklingsland har stor mangel på. Rapporten skal også søke å ta opp i seg evt. relevante føringer som ligger i det pågående arbeidet med ny stortingsmelding om utviklingspolitikken.

2. Sammen med HODs arbeidsgruppe å vurdere hvilke tiltak som kan foreslås fra norsk side inn mot de internasjonale prosessene (WHO/GHWA og WHO-Europa) når det gjelder utarbeidelse av "Code of conduct" (etisk rekruttering). Vurdere status for arbeidet med internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering og veien videre.

3. Gjennomgå de relevante punktene i handlingsplanen vedtatt i Kampala og vurdere på hvilken måte norsk støtte kan gi særlig verdi, gjennom ulike bistandskanaler samt påvirkning gjennom utenriks- og bistandspolitik og alliansebygging

4. Med henblikk på evt. kompensasjonstiltak, utdanning og kapasitetsbygging på helsesiden i utviklingsland: om mulig, identifisere hvilke utviklingsland som avgir helsepersonell til Norge og hvor lenge disse blir i landet. Vurdere hvordan bemanningen på helse er i de land som avgir helsepersonell til Norge og identifisere hvilken type helsepersonell disse land har behov for og hvordan utdanningen er i hjemlandet. Deretter vurdere hvilken type støtte som bør gis og hva kostnadene vil bli. Vurdere hvordan en kan bruke eksisterende virkemidler og evt. behov for nye. Vurdere hvilken type kontrakter/avtaler/partnerskap som kan bli aktuelle og forslag til finansiering. Et allerede eksisterende incitament er at Statens lånekasse ettergir all gjeld dersom de innvandrere som har fått sin utdanning i Norge, drar tilbake til hjemlandet.

5. Velge ut noen land der vi er inne med helsebistand av ulikt slag, som selv har stort behov for helsepersonell.

Se på mulige tiltak for å stimulere disse utviklingsland til det arbeidet de må gjøre med å lage en overordnet plan med multipartnerdeltakelse (jfr Kampala-handlingsplanen) for å oppgradere helsepersonellsituasjonen i sine respektive land og stimulere utdannet helsepersonell til å bli i hjemlandet.

6. Synliggjøre sammenhengen mellom forskning, utdanning og tiltak for å øke dekningen og beholde helsepersonell i tjenesten i utviklingsland.

7. Vurdere hvorledes man kan benytte internasjonale møter på politisk nivå til å fremme arbeidet med styrking av helsepersonellsituasjonen i fattige land.

8. Lage en oversikt over de tiltak for kapasitetsbygging på helseområdet og styrking av helsepersonellsituasjonen i utviklingsland som allerede mottar norsk støtte (eks ESTHER)

Se på hvilke poster i bistandsbudsjettet slik støtte bevilges under og på muligheten for å utvide rammene/opprette nye poster.

Frist for avlevering av rapporten settes til 30. januar 2009.

Høring

Arbeidsgruppens rapport vil bli sendt på høring til relevante ikke-statlige organisasjoner etter at den er ferdigstilt.

Sammensetning av arbeidsgruppen

Representanter for AID, KD, HOD, UD, NORAD og Helsedirektoratet.

Tidslinje

Frist for avlevering av rapport settes til 30. januar 2009.