
Global Sundhed

nyhedsbrev for

Globale Læger



Redaktion: Eva Møller, Allan Buus, Cæcilie Buhmann, Josephine
Obel, Ib Bygbjerg og Kristoffer Barfod
Globale Læger / Øster Farimagsgade 5 / bg. 9 /
Postboks 2099 / 1014 København K
Hjemmeside: www.globalelaeger.dk
Email: mail@globalelaeger.dk

Oktober 2008
Årgang 1
Nummer 2



Indhold

Indhold.....	2
Leder.....	3
Hjerneflugt: Vesten dræner udviklingslande for læger	4
Barfods-doktor: Fattig-mands læge eller progressiv vej til bedre sundhed for alle? ..	6
Migration af sundhedspersonale i et dansk perspektiv	11
Hjerneflugt.....	12
Workshop om Globale Lægers værdigrundlag	13
Health Migration – View from Donor Countries.....	14
Tre måneder i Nordirak – en rejseberetning.....	17

Forsidebilledet er fra Negin Nasrallahs rejse i Nordirak, billedet har titlen: 'pulsmåling, overvågning'. Læs mere på side 17: 'Tre måneder i Nordirak – en rejseberetning'

Bliv medlem af Globale Læger

Skriv en mail til: mail@globalelaeger.dk indeholdende: Navn / Adresse /
Telefonnummer / E-mail

Kontingent for kalenderåret 2008 er på 200 kr. Pengene bedes indbetalt på konto
6771 0006269512 senest 2 uger efter indmeldelsen. Husk at anføre dit fulde navn
på overførslen.

Leder

*Af Cæcilie Bøck Buhmann, formand
for Globale Læger*

Sundhedsproblemerne tårner sig op, og i takt med at vi bliver flere og flere, lever længere og længere og kan mere og mere, stiger det globale behov for sundhedspersonale. Nogen lande har målrettede strategier for at eksportere sundhedspersonale såsom Indien, Filippinerne og Cuba. Andre lande har målrettede strategier for at importere personale – herunder Danmark, England og USA.

Manglen på personale i tredjeverdenslande, grundet manglende tertiær uddannelse og migration fra det offentlige sundhedsvæsen til arbejdspladser i internationale organisationer og til helt andre lande, er med til at tvinge ulande i knæ. Samtidig har mange vestlige lande mere eller mindre udtalte strategier om at importere sundhedspersonale for at supplere, hvad landet selv kan producere. USA regner med at få dækket deres behov for sundhedspersonale udelukkende gennem migration. England har længe barslet med en Green Card ordning, hvor sundhedspersonale undtages de krav og begrænsninger, der normalt møder immigranter, og de danske ambassader har fået at vide, at de skal advertere efter personale i udlandet.

Globaliseringen er kommet for at blive – og med den migrationen. Skandinavien er et lille mikrokosmos af dette med løbende udveksling af studerende og færdiguddannede læger. Selvom lande i såvel nord som syd har prøvet i årevis at stavnsbinde sundhedsarbejdere til det land, de er uddannet i – så virker det ikke. I Danmark mangler vi som de fleste lande sundhedspersonale. Det anslås, at vi i dag mangler ca. 2000 speciallæger grundet for få uddannede i 1980'erne og 1990'erne. Manglen på plejepersonale er ofte på avisernes forsider og meget tydelig, når man har sin daglige gang på et hospital. Danmark er på det seneste begyndt at importere indiske og polske læger, og vi investerer op mod 1 million pr læge på at gøre dem klar til et professionelt liv i Danmark. Dette skaber i sig selv nye sproglige, kulturelle og diskriminationsrelaterede udfordringer. Vi selv rejser som en selvfølge. Man skal bare åbne sin mail eller Ugeskrift for Læger for at finde annonce på annonce, der søger at rekruttere læger til alt fra Sverige og Australien til Thisted. I Skandinavien arbejdes der med forskellige modeller for at imødegå manglen – længere turnus i Norge og kortere uddannelse og 4-års regel i Danmark. Flere forskere har foreslået, at man i stedet for alles kamp mod alle, anser alt sundhedspersonale for at tilhøre en global pool, hvor man kompenserer oprindelseslandene for import af deres personale. Globale Lægers

eget projekt Travel To Teach søger at øge kapaciteten af sundhedspersonale i Afrika ved at sende danske speciallæger sydpå med henblik på videreuddannelse af læger i Rwanda.

I dette nummer starter vi med det store overblik fra Mike Rowson, der besøgte Globale Læger i slutningen

af august. Vi ser på effekten i syd gennem interview med partnere i Indien og Filippinerne og vi søger at skabe et overblik over effekten i Danmark. Velkommen til det første temanummer af Global Sundhed. Velkommen til inspiration til nytænkning på sundhedsarbejdsområdet. Det er noget der berør os alle.

Hjerneflugt: Vesten dræner udviklingslande for læger

*Af Rasmus Køster-Rasmussen
Kommunelæge i Luster, Norge*

Læger og sygeplejersker flygter fra verdens fattigste lande til Vesten som lokker med højere lønninger, bedre arbejdsvilkår og karrieremuligheder. Bør vi stoppe ansættelsen af udenlandske læger i Danmark, eller er det i virkeligheden en fordel for udviklingslandene?

Interview med Mike Rowson

Hjerneflugt eller "brain drain" var Globale lægers debat emne i August. Mike Rowson, forhenværende for mand for *global health charity Medact*, var en af oplægs holderne. Mike har arbejdet med begrebet brain drain i en årrække, han er Senior Teaching Fellow, UCL Centre for International Health and Development, og har desuden universitetsgrader i international sundhed og filosofi.

What is brain drain?

"What we are talking about here is the migration of health workers. It is supposed to be a drain because it takes well qualified people out of a country and they don't return. Whether in fact it is a more complex process than just a drain, but a process of circular migration where people come back, may be a better description of reality. It might not just be a loss. However for most of the low income countries that I'm talking about, often it is a one way exchange. People leave situations of great disparity, low wages, poor working conditions, and no prospects for career advancement and move to rich countries where more opportunities and higher wages exist. Because they are leaving a situation with absolute critical shortage of health care personnel it really is a drain. There is no one to replace them".

Should Danish doctors bother about brain drain because it is immoral?

“Is that process immoral? This is the hardest part of the subject to discuss. It is obviously immoral that a country 50 times wealthier takes doctors from a country that has a critical shortage of health workers, 30 years lower life expectancy, and a higher burden of disease. Of course there is something immoral in that transaction. It is a reflection of all kinds of global wealth and health inequalities.

Isn't it double standards that we, doctors from the West, morally can work wherever we want to, whereas health care personnel from developing countries should stay where they are and work there!?

“That is the biggest dilemma of all, in a way. That statement presumes that doctors from poor countries staying where they are will improve the healthcare system in the poor countries. And in fact what that statement does, is actually blaming the victim. Because the real processes that cause health system malfunction in poor countries are not doctors, but the processes that causes the doctors to leave. If you just try to resolve the problem by limiting the movement of doctors you will not solve the problem”.

Isn't this part of a far larger issue on how globalisation works and how the West more or less intentional uses developing countries?

“It is precisely the fundamental dilemma of globalisation. We all know

that globalisation causes deeper inequality. The question is can that process be stopped? Of course at one level it can. We could deny them visas! But that is really an outrageous prohibition on people's freedom of movement and wouldn't actually address the underlying problem that causes people to move.

So we have to find a way working with the grain of it, and yet at the same time in parallel try to reduce the inequalities that comes from it. It is not just related to health worker immigration but the same problems exist in many other dimensions of globalisation. Of course sometimes processes of globalisation should be stopped. We should stop sex trafficking i.e. where we can”.

Is there one advice that you would give, Global Doctors, concerning the brain drain issue?

“Probably Denmark isn't taking huge numbers of doctors from poor countries due to the language barriers. The UK and the US have taken huge numbers... Denmark still has treaty responsibility on the human rights law. Brain drain is a fundamental issue undermining the right to health in poorer countries. What Denmark can do is to support other countries putting more money into what we call incentives to stay: higher wages, better working conditions to enable health professionals in poor countries to have a better chance of wanting to stay”.

Hele interviewet kan høres på GL's hjemmeside www.globalelaeger.dk

Under sin fremlæggelse uddybede Mike Rowson sine pointer og viste bla. foruroligende grafer over hvorledes visse afrikanske lande i et rask tempo tømmes for læger. Begrebet "perverse subsidy" dækker over at værdien af indvandret sundhedspersonale i Storbritannien de facto langt overstiger værdien af den ulandshjælp som går den modsatte vej. Altså de fattige landes "perverse subsidy" af de rige lande. Der er dog stor forskel på karakteren af migration af sundhedsfaglærte og lande som Indien og Phillippinerne har som erklæret politik at uddanne læger og sygeplejersker til export. Gevinsten ved dette er de økonomiske ressourcer, der sendes tilbage til

familien i hjemlandet og den ekspertviden og den teknologioverførsel, der finder sted, når en del af immigranterne en dag vender tilbage. Begrebet brain drain er således et meget komplekst fænomen med mange aspekter som blev kommenteret ivrigt fra salen. Mike Rowsons egentlige budskab var at brain drain er et ganske betydeligt problem for verdens fattigste lande og at det basalt set er et "labour marked problem". I den efterfølgende paneldebat med aftenens to andre oplægsholdere, Jan Greve fra Region Nordjylland og professor Ib Bygbjerg, var der tilnærmelsesvis enighed om at problemet kan bedst imødegås ved at målrette bistandsmidler til sundhedsuddannelse og forbedrede arbejdsvilkår samt bedre løn og bedre hospitaler i de lande hvor brain drain er et problem.

Barfods-doktor: Fattig-mands læge eller progressiv vej til bedre sundhed for alle?

Af Josephine Obel, læge, WHO

Danmark mærker vi tydeligt lægemanglen snævre, men i størstedelen af det sydlige Afrika er vores problemstilling at sammenligne med myggesik på en sommerdag. I et land som Tanzania anslås det at der manglen omkring 67% af det

krævede personale¹. Manglen skyldes dels en lav produktion af sundhedspersonale, Verdensbanken strukturtilpasnings programmer der satte et stop for rekruttering af personale i den offentlige sektor, samt migration af personale til sektorer og lande der tilbyder bedre arbejds- og

¹ Government of Tanzania: Ministry of Health and Social Welfare Human Resources for Health Strategic Plan 2008

løn-forhold. Migrationen er sket både fra land til by, lav-indkomstlande imellem, og til middel- og høj-indkomst lande. At migrationen må tæmmes og produktionen af sundhedsarbejdere øges er en fuldkommen nødvendighed, men desværre også en løsning med lange udsigter. I midlertid er behovet for sundhedsydelser der her og nu. På den internationale arena findes der mange bud på hvordan den gordiske knude kan kappes over. Et af forslagene hedder barfodslæge, Community Health Worker (CHW) eller "Community Case Management" (CCM) på udenby'sk.



Community Health Worker (CHW),
 Madagasker

I 70'erne og 80'erne var CHW en af hjørnestenene i Alma Ata modellen for "primary health care", men i begyndelsen af '90'erne dalede entusiasmen på grund af problemer med at øge programmerne fra pilot områder til national skala på en bæredygtig måde, og der var stor begejstring for succeser opnået med forskellige vertikale programmer som vaccination, diaré- og luftvejssygdomsbehandling. I de senere år og mens år 2015,- årtusinde-målenes skæringspunkt nærmer sig, er interessen for CHW igen tiltaget. Adskillige lande som Etiopien, Nepal, Indien, Senegal, Congo DRC og Madagaskar har eksperimenteret med forskellig modeller for CCM med udgangspunkt i særlig de hyppigste årsager til børnedødelighed: luftvejssygdom, malaria, diaré og fejlernæring. Enkelte lande som Indien og Nepal har desuden på projekt basis forsøgt sig med diagnostik og behandling af den hyppigste årsag til dødelighed blandt nyfødte i udviklingslande, bla. neonatal sepsis.

Det anslås i øjeblikket, at dækningen af mange af de kendte og cost-effektive interventioner for at forhindre mor-barn dødelighed er under 50% og at kvaliteten af de ydelser der tilbydes er ringe. CCM er en af de bud der i øjeblikket er på den internationale dagsorden som en umiddelbar model for at øge adgangen til både

preventive og kurative
sundhedsydelser².



Community clinic, Madagasker

En meta-analyse af effekten af behandling for lungebetændelse ydet af CHW på dødelighed henholdsvis blandt nyfødte, børn under 1 år, og børn under 5 år viste en total reduktion af mortaliteten på 24%³. Et studie fra Etiopien hvor mødre blev instrueret i behandling af feber hos børn med anti-malaria medicin viste en reduktion af dødeligheden for børn under 5 år på 40%⁴. Fra Indien

2 Haines A, Sanders D, Lehmann U et al, Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* 2007; 369: 2121–31

3 Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 547–56

4 Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray,

har et kontrolleret forsøg vist, at CHW baseret behandling af neonatal sepsis kan mere end halvere dødeligheden i et område med høj dødelighed i denne gruppe⁵. Et nyligt studie fra Nepal, der er et af de lande der kæmper med meget vanskelig adgang til sundhedsydelser, viste, at behandling af luftvejssygdomme via CHW fordoblede antallet af børn der fik behandling i forhold til områder hvor behandling kun kunne fås i regulære sundhedsfaciliteter⁶. Der er således gode argumenter for, at det ihvertfald under visse omstændigheder kan lade sig gøre at mindske børnedødeligheden ved hjælp af barfodslæger. Det næste spørgsmål politikerne og donorene stiller sig er så, om det nu også er lige så billigt eller billigere end almindelig behandling af uddannet personale i formelle sundhedsfaciliteter? Et forsøg fra Nepal har forsøgt at evaluere cost-

Ethiopia: a randomised trial. *Lancet* 2000; 356: 550–55

5 Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999; 354: 1955–61

6 Dawson P, Pradhan YV, Houston R et al. From research to national expansion: 20 years' experience of community-based management of childhood pneumonia in Nepal *Bulletin of the World Health Organization* 2008;86:339–343

effektiviteten (pris i internationale dollar per Disability Adjusted Life Year vundet) ved at bruge uddannelse via kvinde grupper og CHW til at reducere mor- barn dødeligheden. Her fandt at man i områder hvor projektet blev implementeret at både dødeligheden blandt mødre og nyfødte blev reduceret til en pris af ca 211 USD per nyfødt leve-år vundet⁷ hvilket er under BNP for de fleste lav-indkomstlande.



Ventende patienter, Madagasker

Ikke desto mindre skal man holde tungen lige i munden da diverse studier og modeller er meget forskellige. I nogen lande som Etiopien har man valgt at uddanne CHW (kaldet community extension workers) i et helt år og de er placeret i primitive sundhedsfaciliteter med et optage område på 5000 personer og aflønnes af det nationale

⁷ Borghi J, Thapa B, Osrin D, et al. Economic evaluation of a women's group intervention to improve birth outcomes in rural Nepal. Lancet 2005; 366: 1882-84.

sundhedsvæsen. I Nepal er optageområdet variabelt men vel under 500, CHW's arbejder på voluntærbasis og de er kun uddannet i 1-2 uger. Andre lande som Tanzania hvor man har et kæmpe gråt marked af medicin fra små kiosk-lignende butikker har man forsøgt sig med uddannelse af disse butiksejere for at opnå en bedre dækning af primær behandling og sikre sig at butiksejerne er i stand til at informere alvorlige tilfælde om at søge lægehjælp. Denne model er valgt, idet det har vist sig at disse butikker er første-valgte sted for at søge hjælp blandt mødre med syge børn⁸ i op til 50% af tilfældene. Brugen af den private sektor har når det drejer sig om problemet med at sikre finansiering store fordele og benytter allerede eksisterende og behovs-drevet leverancer af medicin. Derudover er der fra land til land og endog region til region adskillige variable, der påvirker effekten og bæredygtigheden af brugen af CHW. Konklusionen er - som for så meget andet i public health - at det er svært at gøre det rigtige, og at ideen om "one size fits all" er en illusion. Et forsøg fra et nyligt review i The Lancet på at illustrere faktorer der påvirker succen af CHW programmer ses i fig 1. Her ses, at forskellige variationer af CHW programmer afhænger af den lokale og nationale kontekst, men samtidig

⁸ Personlig kommunikation, Dr. Kimata, Program Manager, Medical Sciences for Health, Tanzania 2008

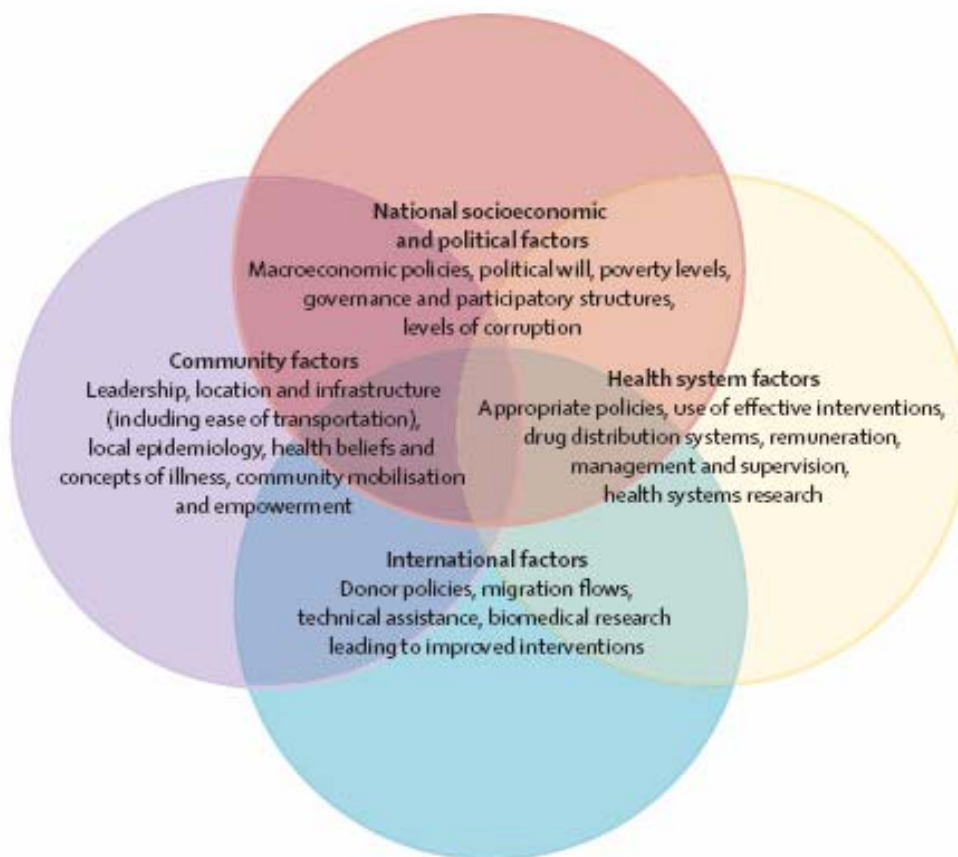


Fig. 1: Faktorer der påvirker succes af CHW programmer. Haines A, Sanders D, Lehmann U et al, Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. Lancet 2007; 369: 2121-31

kan de betragtes som en anvendelig her- og nu løsning på den kolosale mangel på uddannet sundheperonale i lav-indkomst lande. CHW programmer må ikke ses i isolation og bør indgå i en national- og international sammenhængende plan for løsning af det store problem med både uddannelse af nok sundhedspersonale, intern fordeling og bi-beholdelse af sundhedsarbejdere i lav-inkomstlande og -områder. Samtidig er det vigtigt at reflektere over hvorfor vi i den velhavende del af verden ikke har valgt at lade vores børn og gravide

kvinder behandle af personer, der er gået ud af 7 klasse og har fået et 7 dages kursus og en kasse med medicin. Hvor tiltalende og organisk begrebet "Community Health Worker" end måtte lyde, er det derfor centralt, at vi ikke mister målet: At øge adgang til mere avanceret behandling og bedre kvalificeret personale, som vi som menige borgere i den rige del af verden ønsker os af vores sundhedssystem, og som burde være en ret også for den fattigere del. Ellers når vi ikke målene om reduktion af mødre- og børnedødeligheden år 2015.

Migration af sundhedspersonale i et dansk perspektiv

*Af Læge Kristoffer Barfod,
næstformand i Globale Læger*

Er der overhovedet grund til at bekymre sig om migration af sundhedspersonale i et lille land som Danmark, hvor sprogbarrieren naturligt lægger en begrænsning på arbejdsstyrkens mobilitet, hvor der er arbejde til alle og hvor globaliseringen giver ekstra rejse og oplevelsesmuligheder for rejselystne sundhedsarbejdere? Statistikkerne viser med tydelighed, at der er sket markante ændringer de seneste år, og at området bør gives større opmærksomhed.

Jan Greve, sekretariatschef for lægelig uddannelse i videreuddannelsesregion nord, belyste ved sidste debatarrangement migration af sundhedspersonale i Danmark. Da der ikke findes ordentlige tal for ind- og udvandring af plejepersonale, blev fokus lagt på lægestanden som eksempel.

Vi har tidligere haft en homogen lægestand bestående af hovedsagligt danske læger med dansk uddannelse. De sidste 10-15 år har lægemangel og gode arbejdsforhold kombineret med globaliseringens informationstrømme og nedbrydning af grænser ført til en øget indvandring af læger fra EU og tredjeverdenslande. Kun ca. 74% af

de lægelige autorisationer sundhedsstyrelsen uddeler gives i dag til danskere. Omkring 7% gives til læger fra andre nordiske lande, 12% til læger fra resten af EU og 7% til læger uden for EU. Med uddannelsesstillingerne ser vi samme billede: 24% af hoveduddannelsesstillingerne i sygehusspecialerne (dvs. uden Almen medicin) er i dag besat af læger, der ikke er uddannet i Danmark. Mest slående er radiologi hvor 50% af de uddannelsessøgende læger er ikke-danskere, på andenpladsen kommer neurologi med 33% ikke-danskere, mens de store specialer intern medicin, kirurgi og ortopædkirurgi har omkring 25% ikke-danskere blandt de uddannelsessøgende læger.

En fjerdedel af fremtidens læger kommer altså fra anderledes uddannelsessystemer, med en anden kulturel og sproglig baggrund og anderledes faglige værdier. Hvordan det vil påvirke sundhedsvæsnets fremover er et åbent spørgsmål, som det kunne være spændende at analysere nærmere og som bør følges nøje. Vi kan i hvert fald konkludere at globaliseringen af det danske sundhedsvæsen er i fuld gang. Lidt provokerende kan man spørge om dansk fortsat vil være det fremherskende inter-kollegiale sprog i sundhedsvæsnets om 20 år?

Hjerneflugt

Af Ole J. Hartling, dr.med, tidl.
formand for etisk råd

Det fænomen, at udviklede lande suger veluddannet arbejdskraft ud af tredje verdens lande fik i 1963 betegnelsen '*brain drain*' – hjerneflugt. Set med de vestlige landes øjne kaldes det '*brain gain*'. Udviklingen har i mange år været stigende og har nu nået foruroligende dimensioner. Man taler om vestlige landes nykolonialisme af tredje verden. De tager ikke længere landområder og råstoffer, nu tager Vesten veluddannede menneskers arbejdskraft. (Et andet udslag af nykolonialisme er, at mennesker fra den rige verden køber organer i udviklingslandene).

Hjerneflugten drejer sig om videnskabsfolk, ingeniører, læger og sygeplejersker. Den har nået et katastrofalt omfang. Omkring 55 procent af læger, der er uddannet ved indiske, afrikanske og arabiske universiteter får arbejde i vestlige lande. Tre fjerdedele af dem ender i USA, Canada og England. De vestlige lande har oparbejdet en tiltagende afhængighed af læger, som er uddannet i udviklingslandene og gør derfor meget for at få fat i dem. Konsekvensen er en udpining af udviklingslandenes intellektuelle ressourcer, som høstes uden kompensation af vestlige lande. Ikke

mindst når det gælder de vestlige landes import af sundhedspersonale – læger og sygeplejersker – rammet tredjelandene hårdt. Befolkningerne i de lande bliver i stigende grad henvist til uautoriseret medicin byggende på overtro og traditioner. Det gælder særlig i landdistrikter, hvor kampen mod fattigdom, analfabetisme og uvidenhed i forvejen er svær. For at dække behovet for læger i Danmark blandt andet til at gennemføre de omfattende offentlige screeningsprogrammer har vi rekrutteret speciallæger fra for eksempel Tyskland, Polen og de baltiske lande. Det er lande, som i store træk er jævnbyrdige med os, og navnlig er det lande, som ligger inden for EU, hvor en fri bevægelighed af arbejdskraft ligefrem tilstræbes. Danmark har derimod hidtil set med skepsis på at hente veluddannet arbejdskraft fra udviklingslandene, men er nu også gået ind i det kapløb. I 2007 rekrutterede Region Midtjylland 30 speciallæger fra Indien, og selv om det ikke er blandt verdens fattigste lande, er der mangel på læger især i indiske landdistrikter. Den kritik, der rejstes af, at Danmark nu også deltager i '*brain drain*', blev mødt med, at de indiske læger kun er på besøg; efter ca. tre år rejser de hjem igen med øget viden og kunnen til gavn for deres egne befolkninger. Nu hed det '*brain circulation*', og det var

næsten som om, det var for Indiens skyld, vi gjorde det her. Hvordan det går, ved vi ikke, men i andre lande, som har importeret indiske læger, er der en tendens til, at opholdet forlænges, eller at det bliver permanent. Debatten var kortvarig, men undervejs nåede man dog til at få sagt, at Danmark har et "desperat behov for speciallæger". Desperat? I sammenligning med udviklingslandene er vor lægemangel et rent luksusproblem. For eksempel er

der 8 -10 gange så mange læger i forhold til indbyggertallet i Danmark som i Indien. De kritiske røster forstummede, og rekrutteringsmåden glemmes. Danmark kan fortsat yde ulandsbistand og fastholde sit selvbillede af ansvar over for udviklingslandene, og det er snart glemt igen, at vor idealisme og ansvarlighed er omvendt proportional med egne behov.

Workshop om Globale Lægers værdigrundlag

tirsdag d. 28. oktober kl 16-19

Kom og værd med til at præge Globale Lægers fremtidige værdigrundlag. Skal det være menneskerettigheder, lægeløftet eller noget helt tredje???

Der vil være 3 oplægsholdere af ca. 10-15 min hver

- Menneskerettigheder - Karin Buhmann, jurist, lektor ved KU, ph.d. samt en Master of International Public Law
- Medicinsk etik - Ole Harling, læge, Dr.med samt tidligere formand for etisk råd
- Humanitære værdier - Marie Nørredam, læge, ph.d studerende ved institut for folkesundhed

Derefter vil der være en kort diskussion om GL's værdigrundlag som skal bringes videre i en efterfølgende arbejdsgruppe.

Sted:

Hovedstadsregionens Lægekredsforening
Stockholmsgade 55
2100 København Ø

Tilmelding: mail@globalelaeger.dk

Mvh Globale Læger

Kan vi påvirke brain drain?

*Af Læge Marie Bruun, formand for
Travel To Teach*

I følge WHO står flere af verdens lande specielt i Afrika og Asien overfor et kæmpe problem med mangel på arbejdskraft indenfor sundhedssystemet¹. Travel to Teach, et projekt under Globale Læger, har taget fat i denne problemstilling i Rwanda.

Rwanda er et østafrikansk land med ca. 9 millioner mennesker, hvor befolkningstallet er stadigt stigende. I Danmark findes ca. 1 læge pr 300 indbygger, mens i Rwanda er tallet omk. 1 læge pr 25.000 indbygger.

Hvert år uddannes ca. 100 nye rwandiske læger mod ca. 400 i DK. Fra denne mængde læger foregår både intern og ekstern brain drain. Internationale NGO'er rekrutterer læger til diverse public health projekter og trækker med højere lønninger de yngre læger væk fra det kliniske hospitalsarbejde. Derudover drager flere yngre læger til udlandet i håb om at kunne opnå bedre lønninger og uddannelse.

Undersøgelse omkring brain drain har vist at læger udover bedre lønninger også tiltrækkes af uddannelsesmuligheder, bedre arbejdsvilkår og chancen for at arbejde i et bedre fungerende sundhedssystem/arbejds miljø.²

Travel to Teach har taget udgangspunkt i dette. Ved at forbedrede uddannelsesmuligheder for yngre læger håber vi at kunne bidrage til at reducere brain drain. National University of Rwanda startede selv i 2005 en ny speciallæge uddannelse med målet at have uddannet 200 speciallæger i år 2020. Travel to Teach støtter dette ved at udsende nordiske speciallæger til Rwanda og dermed sikre, at denne oprettede speciallægeuddannelse når et niveau, som kan tiltrække og fastholde de yngre læger i Rwanda og i det kliniske arbejde. Målet er at kunne sikre kvalificerede speciallæger til at behandle Rwandas voksende befolkning.

¹ WHO, Fact sheet no. 302, April 2006.

² The Brain Drain and Retention of Health Professionals in Africa, Delanyo Dovlo, Medact

Health Migration – View from Donor Countries

*Af Anna Kistauri, Medical Doctor,
Nutrition Surveillance, World Health
Organization Regional Office for*

*Europe, Noncommunicable Diseases
and Environment Unit*

Poor countries are at a continuous loss of important educational and human resource investments. One fourth of the working health care professionals in the USA, UK, Canada and Australia are emigrants mostly from poor countries (40 -75%). (Mullan, N Engl J med, 2005). The number of physicians per 100 000 inhabitants in India and the Philippines are respectively 51 and 58. These two countries together with Pakistan delivers the majority of foreign health care professionals to the USA, UK, Ireland, Australia and Norway, where the average number of physicians is 224 per 100 000 inhabitants.

In recent years, health workers' migration has been a part of globalization and internalization. The migration is generally from developing to developed countries and contributes to increased international health inequality. Furthermore, it weakens many countries' capacity to deal with severe health sector problems.

We let Dr. Michael Gnilo from the Philippines and Dr. Livtar Chawla from India share their points of view with us:

- *Do you have enough health workers in your country?*

- Dr. Gnilo: The problem is in retaining the experienced and skilled health professionals. In some ways we are beginning to feel this brain drain in terms of the quality of the health care delivery. Another problem is distribution. Most of the health

professionals are located in the metropolitan cities while there are plenty of vacant positions in rural areas. This results in a lack of access for people who live in these areas.

- Dr. Chawla: The total number of qualified doctors (Ed.: in India) comes to about 1.5 million for a population of about 1.3 billion. Another reality is doctors' poor distribution. In a big metro or town there may be one qualified doctor for 100 people whereas in some tribal areas there is one doctor for 10 000. Roughly there is a shortage of about 200,000 doctors in modern Indian medicine. As far as nursing is concerned there are at least half a million unfilled vacancies in India.

- *Is the nurse exporting policy beneficial for health in your country?*

- Dr. Gnilo: Currently the government is pushing for exporting nurses and other health professionals. They see it as income generating for the country in terms of remittances. I suppose in that sense it is good. But I think that there are consequences in promoting export of health workers that are not being currently addressed. These are ensuring the quality in the production and ensuring the quality of those retained in the country. The financial gain may not necessarily outweigh the possible consequences in the health system.

- Dr. Chawla: The answer is certainly no. Most of the doctors like to go abroad for settling there. A few hundreds are sent officially for training

in various countries and most of them do not come back or shift again after some time.

- What do you think are the "push" factors at home and the "pull" factors abroad that enhance nurse migration from developing countries?

- DR. Gnilo: The obvious reason is financial. A resident physician in the country's premier public hospital makes around USD 300-350 /month. A nurse can earn roughly 150-220 USD p/month. This is hardly enough when statistics show that in order to raise a family of 6 with basic needs you'll need about \$15/day. Currently, prices are also ridiculously high, gasoline is more expensive in the Philippines than in the US (USD 0.20-0.50), so daily commute costs more than it used to. There are other push and pull factors, 1) prestige: it is seen as successful to leave and work in another country 2) lack of career development, low job satisfaction and a poor working environment 3) frustration in the health system, all the work you do doesn't seem to help 4) there are also a huge number of companies that scout and recruit health workers

- Dr. Chawla: Doctors and nurses in India are probably the most poorly paid professions. So the biggest factor of going abroad is much higher salaries.

- Do you have any suggestions for strategies of the West (importing countries) that would improve the situation?

- Dr. Gnilo: I think it is relatively obvious that the developed countries consider hiring the health professionals from other countries as an economic advantage. It costs less to get someone from another country than to train your own. One suggestion is to compensate the country of origin for the human resource it provided. Another possibility is through scholarships for every health worker imported. Exchanges of knowledge and skills between the two countries health professionals can also be done for improvement of skills of those who stay in the country.

- Dr. Chawla: This is a very difficult question and depends upon the policy of a particular country regarding taking the medical personnel from abroad and the policy vary from country to country.

- Do you think the UK and USA governments should pay compensation to developing countries for importing healthcare professionals? The UK has saved 2,5 billion pounds in training professionals from importing them from Africa.

- Dr. Gnilo: This is definitely a possibility but it has to be specific where this compensation should go. If it doesn't go to improvement of the health care system or to health human resources then the money given to compensate may not necessarily improve the situation.

- Dr. Chawla: Though the suggestion is good but I don't think any country will

agree to pay compensation because they are not inviting these people to come. Hence there is no question of paying any compensation and I do not think any country will do this.

In brief:

The risk-benefit balance of migration process of health care professionals is mostly to the negative side. The poor world receives the smaller piece of the pie: a small remittance for the family at home and some

educational links with the country of destination. The costs for the developing countries are too high, especially in the health sector. In this sector the shortage and instability of health care professionals limits the capacity to challenge major problems like AIDS, tuberculosis and malaria. It is worth considering, that these diseases shorten life expectancy down to 40 years in many countries.

Tre måneder i Nordirak – en rejseberetning

Af Negin Nasrallah, Introduktionslæge gynækologisk-obstetrisk afdeling, Århus universitetshospital, Skejby sygehus.

I 2005, året inden jeg blev cand.med., ville jeg ud at have klinisk erfaring. Nordirak var et oplagt sted, syntes jeg, da jeg er født der og har tilbragt de første 11 leveår af mit liv.

Problemet var bare, at ingen organisationer i Danmark ville sende stud.med.er eller læger til Irak pga. for meget ustabilitet i landet. Jeg tog selv initiativet til at kontakte den administrerende overlæge på mavetarmkirurgisk afdeling på et universitetssygehus i Nordirak i byen Sulaimaniya.

Arbejdet startede 2 dag efter ankomsten til Irak, jeg mødte op i informationen som aftalt med overlægen, allerede der fik jeg et chok: Der stod de, 3 armerede

soldater med skarpladte pistoler, og de havde fingeren på aftrækkeren, klar til at skyde!! På et sygehus tænkte jeg, forarget og bange! Det kunne bare ikke være sandt!! Men senere fik jeg forklaret, at der havde været bombetrusler mod sygehuset samt trusler om vold mod et par kirurger på sygehuset. Der er nemlig ingen patientklagenævn som sådan; som patient kan man klage til domstolene over en behandling, men det fungerer ikke altid optimal, så tit og ofte dukker utilfredse patienter op på sygehuset og forsøger at give lægen en omgang tæsk, eller det der er værre.

Ambulance og traumecenter
Ambulance system er der ikke noget af, universitetssygehuset havde to ambulancer til rådighed, men de kørte kun i byen Sulaimaniya. Derudover ejer alle ikke en telefon, så ved akut sygdom er transporten til



hospitalet på eget ansvar, f.eks i privat bil, hvis man er ejer af sådan en. Med det resultat at patienten ofte er død ved ankomst. Traumecenter var et ikke eksisterende ord; som patient blev man modtaget af yngre læger på skadestuen uden nogen form for ekspert behandling. Akutte skanninger blev ikke foretaget, da man kun havde en CT-scanner til rådighed, og den var ikke bemandedt i alle døgnets 24 timer. Skulle man være så uheldig at få en hjerneblødning var løbet kørt, da køreturen til den nærmeste

neurokirurgiske afdeling er 6-7 timer væk.

Basaludstyr og forebyggelse

Basal udstyr som handsker og sprit var der en smule af, men gemt godt af vejen, ikke alle kunne få mulighed for at bruge det. Hygiejnen var generelt rigtig dårlig, og sterilitet en by i Rusland. Misbrugen af antibiotika var stor: Tit og ofte oplevede jeg ordination af 3-stofs antibiotikabehandling uden nogen former for prøvetagning eller kontrol. Antibiotika kunne købes i håndkøb, jeg oplevede mange patienter bruge

penicillin bare for en almindelig forkølelse; varighed en enkelt eller to dage.

Forebyggelse og oplæring i sund livsstil eksisterer ikke i mit hjemland! Der findes et børnevaccine program, men langt fra alle børn bliver vaccineret, dette enten på grund af for lang afstand mellem landsbyerne og vaccinationsstederne eller pga. forældrenes uvidenhed.

Svangreprofylakse har aldrig eksisteret i landet, gravide dør til stadighed under graviditet og i barselsengen.

Faglig viden

Den faglige viden er i bund, en 10. semester stud. med. fra Danmark kan mere end en yngre læge i Irak, de har været ramt af sanktioner i gennem mange år, har ikke fornyet deres viden, ikke været på kurser, har ikke haft muligheder for kommunikation med resten af verden. "Mad for olie" projektet har givet de stor sygehuse mulighed for nyt, dyrt og avanceret udstyr, men det bliver ikke brugt, da

ingen er blevet oplært i brugen af udstyret!! Virkelig få resursestærke læger har kunnet komme på små ophold i udlandet til oplæring af ny teknik, men det har ikke haft den store effekt.

De læger jeg snakkede med var dybt frustrerede over situationen, de havde ambitioner, drømme om karriereforsøg og ønsker om forskningsmiljø, de fleste af dem ville til udlandet, hvis muligheden bød sig, og mange af dem drømte om at kunne få ophold igennem kortere eller længere tid på et europæisk sygehus til oplæring. Irak er et af de lande som kan blive hårdest ramt af 'brain drain', hvis muligheden byder sig, dette vil ruinere landets sundhedssystem endnu mere. Fokus på 'brain circulation' i Irak vil være essentielt. Mødet med det irakiske sundhedssystem eller manglen derpå har sat sine spor. Kort og godt, så er forholdene horrible og det irakiske sundhedsvæsen trænger til en hjælpende hånd og ny viden.