

Uetisk import av helsearbeidere?

Av Ottar Mæstad

Bergens Tidende 2. april, 2007

Utviklingsminister Erik Solheim sitt forslag om å dekke mangelen på helsepersonell i Norge gjennom å utdanne og importere helsearbeidere fra utviklingsland har fått både fagbevegelse og store deler av bistandsnorge til å se rødt. Forslaget er uetisk, blir det hevdet. Uetisk er det trolig ikke. Men det viser bare så altfor tydelig at det å styrke norsk helsevesen skjer på bekostning av en svært tiltrengt oppgradering av helsevesenet i fattige land.

De fleste er nok enig i at det er moralsk forkastelig å hente helsearbeidere til Norge fra land som fra før har stor mangel på helsearbeidere. I følge WHO er det 57 land som har kritisk mangel på helsearbeidere, de fleste av disse i Afrika sør for Sahara. Hver eneste dag dør tusenvis av mennesker av lungebetennelse, malaria, diare, meslinger og andre sykdommer som det er både enkelt og billig å kurere. Men mangelen på helsearbeidere gjør at hjelpen ikke når fram. Å forsterke denne krisen er selvsagt uakseptabelt.

Men Solheim sier at det skal utdannes minst like mange flere helsearbeidere som det Norge skal importere. Hva er da problemet? Norge løser sine omsorgsbehov, helsearbeidere fra utviklingsland får godt betalt ved å selge sine tjenester til Norge, og erfaringsmessig vil de sende en stor del av det de selv tjener tilbake til hjemlandet. Kanskje blir det også flere helsearbeidere tilbake i utviklingslandene? Det blir i hvert fall ikke færre.

Selvsagt hadde det vært bedre om vi hadde utdannet flere helsearbeidere og latt *alle* bli igjen. Det hadde vært en bedre *utviklingspolitikk*. Men utspillet til Solheim handler bare i liten grad om utviklingspolitikk. Det handler først og fremst om *norsk helsepolitikk*. Det handler om hvordan vår helsepolitikk kan utformes på en måte som er mest mulig utviklingsvennlig. For hva er egentlig alternativet? Å importere helsearbeidere fra Polen, som igjen importerer fra et eller annet land i Sør? Uansett hvilket land vi henter våre helsearbeidere fra, risikerer vi en dominoeffekt hvor det til slutt er utviklingslandene som tappes for arbeidskraft. Er det ikke da bedre å ta ansvar og si at vi samtidig skal sørge for å utdanne flere helsearbeidere? Og hvis denne utdanningen legges til et utviklingsland, har vi ikke da samtidig lagt til rette for at det også kan bli noen utviklingsgevinster ut av det?

Når Solheims forslag vekker slike reaksjoner, er det ikke fordi det vil ramme helsevesenet i utviklingsland. Det er fordi det viser så tydelig at ressurser som brukes til å utvikle vårt eget helsevesen alternativt kunne vært brukt til å styrke helsevesenet i fattige land. En ekstra til oss *kunne* vært en ekstra til dem. Men det samme skjer jo hver eneste dag når vi bruker penger på å utdanne flere helsearbeidere i Norge. Det er bare at det etiske dilemmaet blir så mye klarere når den globale urettferdigheten settes slik på spissen som i dette tilfellet.

Solheim's forslag er ikke uproblematisk. Første hinder er å skaffe lærerkrefter til å utdanne flere helsearbeidere i utviklingsland. Et land som Tanzania har bare halvparten så mange lærere som de burde hatt med dagens studenttall. Det er vanskelig å tenke seg en kraftig utbygging av utdanningen på kort sikt uten import av lærere fra andre land.

Et annet spørsmål er hvilke typer leger og sykepleiere som skal utdannes. Mens det norske behovet går mer og mer i retning av geriatrik kompetanse, er det andre behov som er mer

presserende i de fleste utviklingsland. Det er allerede et problem at utdanningssystemet i mange afrikanske land i for stor grad er bygget etter sykdomsbildet i vestlige land. Dette er jo også en av grunnene til at arbeidskraften fra disse landene er så attraktiv i Vesten. Det kan tenkes at et fokus på eksport av helsepersonell vil bremse utviklingen mot mer lokalt tilpassede utdanningsopplegg.

Det er også utfordringer knyttet til selve rekrutteringsprosessen. Dersom man skal rekruttere en viss kvote med studenter til Norge etter endt utdanning, risikerer man at skuffelsen hos ”taperne” i dette lotteriet fører til enda lavere motivasjon og dårligere kvalitet på helsetilbudet enn i dag. Gulroten om å jobbe i Norge kan også påvirke hvem som søker seg til helseutdanningen. Selv i dag søker mange ferdig utdannede helsearbeidere seg til jobber utenfor helsevesenet. Denne tendensen kan bli enda sterkere dersom flere av de som starter på en helseutdanning, gjør det i håp om økonomisk trygghet i Vesten. Kanskje er det en bedre ide å hente studentene til Norge før de begynner sine studier?

Mangelen på helsepersonell i Norge er en langsiktig utfordring. Om denne utfordringen kan løses på en måte som også kommer utviklingslandene til gode, må vi være glade for det. På kort sikt er det imidlertid en viktigere oppgave for utviklingsministeren å bidra til å løse den akutte mangelen på helsepersonell i fattige land. Da er styrking av utdanningen bare ett av flere nødvendige tiltak. For at flere ferdig utdannede helsearbeidere skal søke jobb i det lokale helsevesenet, kreves en kraftig bedring i lønns- og arbeidsvilkår. Å bidra sterkere på dette feltet trenger imidlertid ikke bety at vi ikke også kan la utviklingsland få selge sine helsetjenester til Norge. Da er det beste blitt det godes fiende.