

Brukerveiledning til WHOs globale kode for internasjonalt rekruttering av helsepersonell

Heftets tittel: Brukerveiledning til WHO's globale kode
for internasjonal rekruttering av helsepersonell

Utgitt:

Bestillingsnummer: IS-0315

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avd.
Pb. 7000 St. Olavsplass, 0130 Oslo
Universitetsgata 2, OSLO

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

**Brukerveiledning til
WHO's globale kode for
internasjonal rekruttering
av helsepersonell**

Innhold

Kort om WHOs globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell	5
Innledning	7
Veiledende prinsipper og hovedanbefalinger – essensen i WHO-koden	10
1. Etisk internasjonal rekruttering	10
2. Utvikling av helsepersonellstyrken og bærekraftighet i helsesystemene	10
3. Rettferdig behandling av migrerende helsepersonell	12
4. Internasjonalt samarbeid	12
5. Støtte til utviklingsland	12
6. Datainnsamling	12
7. Informasjonsutveksling	13
Viktige spørsmål om WHO-koden	14
Hva er koder?	14
Hvorfor en WHO-kode?	14
Hvilken betydning har WHO-koden politisk og juridisk?	14
Hva er fordelene med WHO-koden?	14
Hvordan blir WHO-koden implementert og av hvem?	15
Hvordan overvåkes implementeringen av WHO-koden?	17
Hva er formålet med retningslinjene for minste datasett, informasjonsutveksling og rapportering om implementering av WHO-koden?	17
Kan WHO-koden revideres?	18
Videre lesing	18
WHOs globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell	19

Bokser

- Boks 1: Helsepersonellmigrasjon og den globale helsepersonellkrisen
- Boks 2: WHO-kodens historiske utvikling
- Boks 3: WHO's anbefalinger for globale retningslinjer for å øke tilgangen til helsepersonell i avsidesliggende og landlige områder gjennom forbedret retensjon
- Boks 4: Gjennomgang av eksisterende koder relatert til helsepersonellmigrasjon
- Boks 5: Tidslinje for rapportering fra medlemslandene og fra generaldirektøren

Kort om WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell¹

1. Mål

Koden har som mål å etablere og fremme frivillighetsprinsipper og -praksis for etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell og å fungere som en referanse for alle medlemslandene.

2. Omfang

Koden har et globalt omfang og er ment som en veiledning for myndighetene i alle medlemslandene og andre interessenter i saker som gjelder internasjonal rekruttering av helsepersonell.

3. Etisk internasjonal rekruttering

Koden fraråder aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsepersonell.

4. Rettferdig behandling av innvandret helsepersonell

Koden understreker viktigheten av likebehandling av innvandret helsepersonell og helsepersonell som har fått innenlandsk opplæring. Alt helsepersonell skal få mulighet til å vurdere fordeler og risiko knyttet til ulike ansettelsesforhold.

5. Utvikling av helsepersonell og bærekraftighet i helsesystemene

Land skal implementere effektiv planlegging, utdanning og opplæring av helsepersonell og utarbeide retensjonsstrategier for å støtte opp om en helsepersonellstyrke som er tilpasset de særlige forholdene i hvert land og redusere behovet for å rekruttere helsepersonell fra utlandet.

6. Internasjonalt samarbeid

Koden oppfordrer til samarbeid mellom kilde- og målland, slik at begge kan dra nytte av den internasjonale helsepersonellmigrasjonen.

7. Støtte til utviklingsland

Medlemslandene oppfordres til å yte teknisk og økonomisk støtte til utviklingsland eller land med overgangsøkonomier som opplever kritisk mangel på helsepersonell.

8. Datainnsamling

Medlemslandene oppfordres til å styrke eller etablere informasjonssystemer for helsepersonell, med blant annet informasjon om helsepersonellmigrasjon, for å samle inn, analysere og omsette data til effektiv helsepersonellpolitikk og -planlegging.

9. Informasjonsutveksling

Medlemslandene skal regelmessig samle inn data om lover og bestemmelser som gjelder rekruttering og migrasjon av helsepersonell, samt data fra informasjonssystemer for helsepersonell og rapportere til WHO's sekretariat. Medlemslandene oppfordres til å fremme informasjonsutveksling om migrasjon av internasjonalt helsepersonell og helsesystemer både nasjonalt og internasjonalt.

10. Implementering av koden

Med tanke på internasjonal kommunikasjon skal hvert medlemsland, etter behov, utnevne et nasjonalt organ som skal være ansvarlig for utveksling av informasjon om helsepersonellmigrasjon og implementering av koden.

¹ WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell skal heretter bli referert til som "WHO-koden" eller "koden".

11. Overvåking av implementering av koden

Medlemslandene oppfordres til å implementere koden i samarbeid med alle interessenter. Alle parter skal strebe etter å arbeide individuelt og i fellesskap for å oppnå målene for koden.

12. Overvåking av implementeringsprosessen

Når det gjelder implementering av koden, skal medlemslandene periodisk rapportere til WHO's sekretariat om iverksatte tiltak, oppnådde resultater, oppståtte vanskeligheter og hva de har lært. WHO's generaldirektør skal deretter rapportere til Verdens helseforsamling om kodens effektivitet i forhold til å oppnå de angitte målene, samt komme med forslag til forbedringer.

Innledning

Det vil være umulig å nå de helserelaterte tusenårsmålene uten sterke og tilstrekkelig bemannede nasjonale helsesystemer. Likevel opplever 57 land fremdeles kritisk mangel på helsepersonell med nødvendig utdanning. En av grunnene til dette er at helsepersonell stadig forlater hjemstedet på jakt etter bedre karrieremuligheter og levekår andre steder. Noen ganger innebærer dette å dra fra avsidesliggende og landlige områder til urbane områder. Noen ganger innebærer det å reise utenlands. Antallet migrerende helsearbeidere har økt betydelig de siste årene, og migrasjonsmønstrene har blitt stadig mer kompliserte og involverer flere land (se boks 1 nedenfor). Selv om alle land kan bli påvirket av internasjonal og nasjonal migrasjon av helsepersonell, er dette spesielt utfordrende for land med allerede svake helsesystemer.

Boks 1

Helsepersonellmigrasjon og den globale helsepersonellkrisen

Antallet migrerende helsearbeidere har økt betydelig de siste tiårene. Migrasjonsmønstrene har også blitt mer kompliserte og involverer flere land. Migrasjon mellom industriland er godt etablert, og migrasjon mellom utviklingsland øker. Men det er migrasjon fra utviklingsland til industriland som får mest oppmerksomhet globalt. Dette er på grunn av antallet helsearbeidere som er involvert, og på grunn av virkningene på helsesystemene i landene de migrerer fra.

Denne forflytningen kan føre til at tilgangen til helsetjenester blir mer ujevt fordelt. Verdens helse rapport 2006 fremhevet en global mangel på nesten 4,3 millioner helsearbeidere og identifiserte 57 land, de fleste i Afrika og Asia, som står overfor en alvorlig mangel på helsepersonell. Økt migrasjon gjør denne mangelen større.

Helsepersonell migrerer av de samme grunnene som andre arbeidere: de drar for å finne bedre yrkesmuligheter og levekår. Utviklingsland mister mange kvalifiserte helsearbeidere gjennom migrasjon på grunn av "pressfaktorer" som utilfredsstillende arbeidsforhold, dårlige lønninger, få karrieremuligheter, sikkerhetsanliggender og mangel på ledelse og støtte. Ifølge OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) velger mer enn 50 prosent av høyt utdannede helsearbeidere i enkelte utviklingsland å reise utenlands for å få bedre jobbmuligheter.

Samtidig strever industriland med å oppfylle kravene fra en aldrende befolkning og endrede helsebehov, først og fremst økt behov for kronisk pleie. Med mange ledige jobber og for lave nasjonale produksjonsnivåer i flere land trenger disse industrilandene stadig flere migrerende helsearbeidere for å kunne levere tjenestene som befolkningen krever. I medlemslandene i OECD er rundt 20 % av legene født i et annet land.

Migrasjon av helsepersonellstyrken kan imidlertid også ha positive virkninger. For eksempel kan migrasjon gi helsepersonell nye yrkesmuligheter. Helsepersonell som returnerer til hjemlandet, tar med seg kunnskap og ekspertise de har fått i utlandet. Migrasjon kan også skape betydelige remitteringer (penger som sendes tilbake til hjemlandene av migrerende arbeidere) til enkelte utviklingsland og kan derfor bidra til mindre fattigdom for familiene til migrerende helsearbeidere. Likevel har de negative virkningene av den migrerende helsepersonellstyrken dominert de siste årene, spesielt i landene med mest sårbare helsesystemer.

For å gi en global respons på bekymringene knyttet til helsepersonellmigrasjonen ba Verdens helseforsamling i 2004 WHO om å utarbeide en kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell².

² Resolusjon WHA 57.19 om den internasjonale migrasjonen av helsepersonell, godkjent av den 57. helseforsamlingen i 2004, erklærer: «Det legges til grunn at innenfor FN-systemet refererer uttrykket "kode" til dokumenter som ikke er rettslig bindende.»

WHO's sekretariat iverksatte derfor et arbeidsprogram og en global drøftingsprosess for å lage et utkast til en kode. Etter diskusjoner i flere internasjonale og nasjonale fora, og etter å ha mottatt kommentarer via webbaserte offentlige høringer, ble WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell vedtatt av de 193 medlemslandene på den 63. helseforsamlingen den 21. mai 2010 (boks 2 gir flere detaljer). Dette er andre gang i organisasjonens historie at WHO's medlemsland har brukt organisasjonens konstitusjonelle myndighet til å utarbeide en kode. Den eneste andre koden som er vedtatt, er den internasjonale koden for markedsføring av morsmelkerstatning i 1981.

Koden har som mål å etablere og fremme frivillige prinsipper og praksis for etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell og å tilrettelegge for styrking av helsesystemer. Den ble utarbeidet av medlemslandene for å fungere som et kontinuerlig og dynamisk rammeverk for global dialog og globalt samarbeid.

Denne brukerveiledningen skal gi en kortfattet oversikt over koden og hjelpe leserne med å forstå innholdet i den. Den forklarer konteksten som koden er laget innenfor, og trekker ut hovedbudskapet. Den er ment for alle interessenter som er involvert i eller interessert i internasjonal rekruttering av helsepersonell. Veiledningen gir en enkel introduksjon. Leserne oppfordres til å lese selve koden, som er vedlagt dette dokumentet, for en dypere forståelse av anbefalingene.

“Dere har blitt enige om noen svært viktige punkter som er av stor verdi for folkehelsen overalt. Takket være stor innsats og noen lange kvelder har vi nå en kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell.”

Dr Margaret Chan, WHO's generaldirektør, avsluttende kommentarer til medlemslandene på den 63. helseforsamlingen, 21. mai 2010.

Boks 2

WHO-kodens historiske utvikling

I mai 2004 vedtok Verdens helseforsamling resolusjon WHA57.19, som anmodet WHO om å utarbeide en kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell i samråd med medlemslandene og alle relevante partnere. WHO's sekretariat svarte med å utarbeide et omfattende program om helsepersonellmigrasjon og å lansere en global drøftingsprosess for å lage et utkast til en kode.

Førsteutkastet til koden ble fullført i august 2008. Det var basert på innspill som ble mottatt under flere globale fora, inkludert det første globale forumet om helsepersonell i Kampala i Uganda i mars 2008 og G8-møtet i Toyako i Japan i juli 2008. I september 2008 lanserte sekretariatet en femukers global, webbasert offentlig høring om førsteutkastet til koden. Deretter utarbeidet sekretariatet et revidert utkast med utgangspunkt i kommentarene fra høringen.

WHO's sekretariat presenterte dette kodeutkastet og en fremdriftsrapport for det 124. styremøtet i januar 2009. Styret var enige om at det var nødvendig med flere drøftinger og effektiv deltakelse fra medlemslandene for å kunne ferdigstille og vedta en kode. Det ble holdt flere nasjonale, regionale og internasjonale møter for å diskutere saker som gjaldt koden, som forberedelse til WHO's regionalkomitémøter høsten samme år. Samtidig ble WHO oppfordret til å ferdigstille koden av G8-møtet i L'Aquila i Italia og av ministerdeklarasjonen fra 2009-møtet i FNs økonomiske og sosiale råd.

I januar 2010 vedtok det 126. styremøtet å sende et nytt kodeutkast til drøfting i Verdens helseforsamling. WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell ble endelig vedtatt av alle de 193 medlemslandene på den 63. helseforsamlingen den 21. mai 2010.

“Verdens helseforsamlings godkjenning av koden er et historisk fremskritt både når det gjelder å beskytte migrerende helsepersonells rettigheter og å takle den katastrofale mangelen på utdannet helsepersonell i utviklingslandene.”

Mary Robinson, President i Realizing Rights: The Ethical Globalization Initiative og en av lederne i Health Worker Migration Global Policy Advisory Council (den internasjonale helsearbeideralliansens arbeidsgruppe)

Veiledende prinsipper og hovedanbefalinger – essensen i WHO-koden

Denne delen gir en oversikt over kodens hovedanbefalinger for medlemslandene og andre interessenter. Den fokuserer på innholdet i og prinsippene for disse anbefalingene. Informasjon om implementering og overvåking er å finne i senere deler. Lesere som vil gjøre seg kjent med anbefalingene i sin helhet, oppfordres til å lese hele koden, som inneholder mer detaljert informasjon enn den som gjengis her. Anbefalingene i koden er basert på noen grunnprinsipper det er nyttig å være klar over når man leser dette dokumentet.

For det første tar koden utgangspunkt i alle menneskers rett til høyest mulig helsestandard³. I dette henseende kan nærvær av og rettferdig tilgang på helsepersonell anses som sentralt for full realisering av retten til helse, både i mål- og kildelandene.

For det andre respekterer koden alles rett, også helsepersonell, til å forlate et land og migrere til et annet land som ønsker å slippe dem inn og gi dem arbeid⁴. Dette betyr at koden ikke ønsker å stoppe migrasjon, men forsøker å sette fokus på noen av sidene ved helsepersonellmigrasjonen som kan ha en skadelig virkning på land, spesielt kildeland. Det har blitt hevdet at internasjonal helsepersonellmigrasjon kan være et sunt bidrag for å utvikle og styrke helsesystemene globalt, hvis rekrutteringen styres på en hensiktsmessig måte. Migrasjonsstyring skal ta sikte på å dempe de negative virkningene og maksimere de positive virkningene migrasjonen har på helsesystemer, spesielt i kildeland.

For det tredje har koden en bred tilnærming og setter fokus på noen av de underliggende årsakene til migrasjon i tillegg til saker knyttet til helsesystemers bærekraft.

Til slutt tar koden for seg at land har spesielle behov og spesielle forhold, noe som spesielt gjelder for utviklingsland og land med overgangsøkonomier, som er spesielt sårbare overfor variasjoner i antall helsearbeidere. Koden gir noen klare bestemmelser for rekruttering av helsepersonell i disse sårbare landene.

Noen av hovedanbefalingene i koden er fremhevet i de sju punktene nedenfor.

1. Etisk internasjonal rekruttering

Rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland med mangel på helsepersonell reduserer tilgangen til helsetjenester i de aktuelle landene og øker ulikhetene mellom rike og fattige og mellom befolkningen på landet og i byene. Koden kommer derfor med anbefalinger for internasjonal etisk rekruttering av helsepersonell. Særlig foreslår den at aktiv internasjonal rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som har kritisk mangel på helsepersonell, bør frarådes (artikkel 5.1⁵), og at helsepersonells rettslige ansvar overfor helsesystemene i deres eget land skal vurderes ved rekruttering (artikkel 4.2). Disse anbefalingene for etisk internasjonal rekruttering er ment for både politisk ansvarlige som kan overvåke internasjonal rekruttering, og for alle med interesser i rekrutteringsaktiviteter, som arbeidsgivere og rekrutteringsbyråer.

2. Utvikling av helsepersonellstyrken og bærekraftighet i helsesystemene

Koden ønsker også å sette fokus på noen underliggende årsaker til migrasjon og gi anbefalinger for utvikling av helsepersonellstyrken og bærekraftighet i helsesystemene. Spesielt konstaterer koden at en hensiktsmessig helsepersonellstyrke skal utdannes, opprettholdes og støttes i henhold til forholdene i hvert enkelt land, inkludert i områder med svært store behov, samt at alle

³ Formålsparagraf for WHO-konstitusjonen og artikkel 12 i den internasjonale avtalen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ICESCR).

⁴ Artikkel 13 i Verdenserklæringen om menneskerettigheter og artikkel 12 i den internasjonale avtalen om sivile og politiske rettigheter

⁵ Alle henvisninger til artikler i dette dokumentet henviser til artikler i WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Koden er inkludert i denne brukerveiledningen som et tillegg.

medlemsland skal strebe etter å dekke sine helsepersonellbehov med egne menneskelige ressurser (artikkel 5.4). Bedre utdanning og opplæring, forbedret retensjon og jevnere geografisk fordeling trekkes derfor frem som de viktigste fokusområdene for et bærekraftig helsesystem (se boks 3). Totalt sett verdsetter koden helsepersonell og erkjenner deres sentrale stilling i bærekraftige helsesystemer.

Boks 3

WHOs anbefalinger for globale retningslinjer for å øke tilgangen til helsepersonell i avsidesliggende og landlige områder gjennom forbedret retensjon

En av de mest komplekse utfordringene for politisk ansvarlige er å sikre at folk som lever i landlige og avsidesliggende strøk, har tilgang til utdannet helsepersonell. Selv om rundt halvparten av verdens befolkning for tiden lever i landlige områder, dekkes disse områdene av bare 38 % av den totale sykepleierstyrken og av under en fjerdedel av den totale legestyrken.⁶

I 2004 og 2006 vedtok helseforsamlingen i WHO resolusjoner om migrasjon (WHA57.19) og rask oppskalering av helsepersonell (WHA59.23) som anmodet medlemslandene om å iverksette tiltak for å forbedre retensjonen av helsepersonell. I 2008 anmodet Kampala Declaration and Agenda for Global Action nasjonale myndigheter om å “sikre tilstrekkelige insentiver og et utviklende og sikkert arbeidsmiljø for effektiv retensjon og jevn fordeling av helsepersonellstyrken”.

I juli 2010 publiserte WHO et sett med globale retningslinjer med en rekke anbefalinger knyttet til utdanning, regulering, økonomiske insentiver og personlig og yrkesmessig støtte. De anbefalte tiltakene er basert på tilgjengelig kunnskap og erfaringer i de enkelte landene og omfatter forbedret utvelgelse og utdanning av studenter for å øke fokuset på landlige områder, utdanne ulike kategorier av helsepersonell og skape bedre arbeids- og leveforhold. Dokumentet inneholder også en veiledning for å hjelpe de politisk ansvarlige med å velge de beste egnede tiltakene basert på egen kontekst, og gir veiledning i hvordan de skal implementere, overvåke og evaluere virkningen over tid.

De kunnskapsbaserte anbefalingene er tilknyttet forflytningen av helsepersonell innenfor ett land og fokuserer på strategier for å øke tilgangen på helsepersonell i avsidesliggende og landlige områder gjennom forbedret attraksjon og rekruttering og forbedret retensjon. De er dermed å anse som et supplement til WHOs globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell.

Kilder:

The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Globalt forum om menneskelige helseressurser, Den globale helsepersonellalliansen, Kampala, Uganda, 7. mars 2008.

Global policy recommendations on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Genève, WHO, 2010.

⁶ *The World Health Report 2006: working together for health*. Genève, Verdens helseorganisasjon, 2006; *World urbanization prospects: The 2007 revision population database*. New York, NY, De forente nasjoners avdeling for økonomiske og sosiale spørsmål, 2008 (<http://esa.un.org/unup>).

3. Rettferdig behandling av migrerende helsepersonell

Koden har en helhetlig tilnærming til rekruttering av helsearbeidere. Den tar derfor ikke bare hensyn til konsekvensene som helsepersonellmigrasjon har i kildelandene, men også til de migrerende helsearbeidernes rettigheter og behandlingen de får. Koden gir anbefalinger for rekrutteringsprosessen og konstaterer at helsepersonell skal få mulighet til å vurdere fordeler og risiko knyttet til ansettelsesforhold og ta rettidige og informerte beslutninger (artikkel 4.3). Den fremmer også prinsippet for likebehandling av innvandret og nasjonalt helsepersonell. Dette er spesielt viktig når det gjelder ansettelses-, forfremmelses- og lønnsforhold (artikkel 4.4), for å sikre juridiske rettigheter og forpliktelser (artikkel 4.5) og å gi muligheter og insentiver til å styrke faglig utdanning, kvalifikasjoner og karriereutvikling (artikkel 4.6).

4. Internasjonalt samarbeid

Koden har som mål både å redusere de negative virkningene av helsepersonellmigrasjon og å maksimere de positive virkningene på helsesystemene i kildelandene (artikkel 3.2). Derfor oppfordres mållandene til å samarbeide med kildelandene, slik at begge kan dra nytte av den internasjonale helsepersonellmigrasjonen (artikkel 5.1). Dette kan kalles prinsippet om gjensidige fordeler. For eksempel foreslår koden å organisere internasjonal rekruttering av helsepersonell gjennom bilaterale eller multilaterale ordninger. Slike ordninger kan omfatte tiltak som gjør at også kildelandene får nytte av internasjonal rekruttering, for eksempel gjennom støtte til utdanning, tilgang til spesialopplæring, teknologi- og kunnskapsformidling og støtte til returnmigrasjon, både midlertidig og permanent (artikkel 5.2). På samme måte oppfordrer koden til sirkulær helsepersonellmigrasjon, slik at det opparbeides ferdigheter og kunnskap til nytte for både kilde- og målland (artikkel 3.8).

5. Støtte til utviklingsland

I samsvar med prinsippet for etisk internasjonal rekruttering fremhever koden viktigheten av å ta hensyn til landenes spesifikke behov og spesielle forhold, spesielt i utviklingsland og land med overgangsøkonomier. Det gjelder særlig de skadelige virkningene en aktiv rekrutteringspraksis kan ha på kildelandenes helsesystemer. Samtidig oppfordres medlemslandene, internasjonale organisasjoner, internasjonale donororganisasjoner, økonomiske institusjoner, utviklingsinstitusjoner og andre relevante organisasjoner til å yte teknisk og økonomisk støtte til utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsepersonell, for å bidra til å implementere koden (artikkel 10.2 og 10.3).

6. Datainnsamling

Effektiv politikk rettet mot drivmekanismene for, tendensene for og virkningene av helsepersonellmigrasjon må være fundert i et fornuftig kunnskapsgrunnlag. Selv om informasjon om helsepersonellmigrasjon blir mer tilgjengelig, er kunnskapen om internasjonal migrasjonsflyt langt fra fullstendig.

Koden vektlegger behovet for effektive nasjonale og internasjonale data og forskning. Den fremhever behovet for å utveksle informasjon om internasjonal rekruttering av helsepersonell for at målene skal kunne nås (artikkel 3.7). Medlemslandene oppfordres derfor til å etablere eller styrke informasjonssystemene for helsepersonell, inkludert helsepersonellmigrasjon (artikkel 6.2), i tillegg til forskningsprogrammer innenfor feltet helsepersonellmigrasjon (artikkel 6.3), og å omsette disse dataene til effektiv politikk og effektive planleggingstiltak for helsepersonellstyrken. Koden oppfordrer også WHO, i samråd med relevante internasjonale organisasjoner og medlemslandene, til å sikre datakompatibilitet og -pålidelighet (artikkel 6.4).

“Hvis vi spør oss om hva denne koden egentlig betyr, så skaper den et system for informasjon og kunnskapsbaserte data som kan muliggjøre fremtidige politiske avgjørelser som kan gå utover frivillighetsprinsippet i WHO-koden.”

Dr Fransisco Campos, ansvarlig for arbeids- og utdanningsadministrasjon i helsesektoren, det brasilianske helsedepartementet

7. Informasjonsutveksling

Mekanismene for informasjonsutveksling i forbindelse med helsepersonellmigrasjon er en viktig komponent i koden. Medlemslandene oppfordres til å fremme informasjonsutveksling både nasjonalt og internasjonalt og å dele informasjon med WHO. I artikkel 7.2(c) oppfordres medlemslandene til å samle inn og formidle både kvalitativ og kvantitativ informasjon om helsepersonell. WHO vil i samråd med medlemslandene utarbeide retningslinjer for minste datasett for å støtte overvåkingen av internasjonal helsepersonellmigrasjon. Medlemslandene oppfordres også til å ha en oppdatert og tilgjengelig database over lover og regler i forbindelse med internasjonal rekruttering og migrasjon av helsepersonell. De bør også, der det er mulig, dele sine erfaringer med implementering av koden, inkludert iverksatte tiltak, oppnådde resultater, oppståtte vanskeligheter og hva de har lært. Med tanke på internasjonal kommunikasjon skal hvert medlemsland utnevne et nasjonalt kontaktpunkt som skal være ansvarlig for utveksling av informasjon om helsepersonellmigrasjon og implementering av koden. Medlemslandene skal gi informasjon til WHO's sekretariat gjennom periodiske nasjonale rapporter, der den første forventes i 2012. Disse nasjonale rapportene vil utgjøre grunnlaget for WHO's generaldirektørs rapport, som skal gi et sammendrag av statusen for medlemslandenes implementering av koden og en global oversikt over internasjonal helsepersonellmigrasjon.

Viktige spørsmål om WHO-koden

Hva er koder?

Koder inneholder vanligvis anbefalinger om en gitt atferd for land og andre aktører. De vedtas ofte som formelle resolusjoner av mellomstatlige organisasjoner, og de fleste er ikke-bindende. Koder, inkludert de ikke-bindende, brukes i økende grad til å løse globale utfordringer (som miljø- og menneskerettighetsspørsmål) siden de er praktiske å forhandle frem og implementere. De skaper normer som gir meningsfulle retningslinjer for staters atferd, og gir tilstrekkelig fleksibilitet til at de er praktiske og effektive.

Hvorfor en WHO-kode?

Ved å vedta resolusjon WHA57.19 i 2004 bemyndiget medlemslandene WHO til å ta ansvar for utarbeidelsen av en kode med støtte fra WHO. Dette initiativet skyldes erkennelsen om at selv om helsepersonellmigrasjon kan gi fordeler til både kilde- og målland, fører migrasjon fra land som allerede opplever en kritisk mangel på helsepersonell, spesielt de 57 landene som er identifisert i Verdens helse rapport 2006, til en ytterligere svekkelse av allerede sårbare helsesystemer og representerer en alvorlig hindring for å nå de helserelaterte tusenårsmålene.

Hvilken betydning har WHO-koden politisk og juridisk?

Koden gjenspeiler det internasjonale samfunnets vilje til å redusere de negative konsekvensene av helsepersonellmigrasjon. Den forventes å bli et viktig verktøy for globale tiltak mot problemene relatert til helsepersonellmigrasjon. Selv om koden ikke er bindende, betyr det ikke at den er uten juridisk betydning. Medlemslandene i WHO har en generell forpliktelse til å ta kodens anbefalinger i betraktning.

“Alle medlemslandene var oppsatt på å få vedtatt en resolusjon. Dette bidro til å holde prosessen i gang, og resultatene er synlige for alle. WHO-koden fremmer et svært klart budskap.”

Bjarne Garden, fungerende direktør, Avdeling for helse og AIDS, Direktoratet for utviklingssamarbeid

Hva er fordelene med WHO-koden?

Koden representerer et globalt svar på et globalt problem. Koden er unik i omfang og utgjør det eneste globale rammeverket for internasjonalt samarbeid rundt det globale problemet med helsepersonellmigrasjon. Den gir også en global plattform for en regelmessig og kontinuerlig dialog og internasjonalt samarbeid om saker relatert til rekruttering av helsepersonell, samt viktig veiledning til medlemslandene om internasjonalt aksepterte prinsipper og standarder i forbindelse med internasjonal rekruttering av helsepersonell. Anbefalingene kan i særlig grad bidra til å fremme etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell og å styrke helsesystemer i kilde- og målland. I motsetning til alle andre koder på dette feltet (se boks 4 for et par eksempler) omfatter WHO-koden mekanismer som skal fremme innsamling av data og utveksling av informasjon som kan utgjøre grunnlag for politikkutvikling. Forhandlingsprosessen rundt koden har også motivert nasjonale myndigheter til å samle ulike departementer for å vurdere spørsmålene og skape nasjonale løsninger.

“Menneskelige ressurser i helsesektoren varierer sterkt i ulike medlemsland. Takket være WHO-koden har vi nå et viktig verktøy som vil bidra til å sikre at helsepersonell er tilgjengelig for alle.”

Viroj Tangcharoensathien, programmet for internasjonal helsepolitikk, det thailandske helsedepartementet

Boks 4

Gjennomgang av eksisterende koder som gjelder helsepersonellmigrasjon

I løpet av det siste tiåret har det blitt utviklet flere koder og andre ikke-bindende dokumenter som tar for seg helsepersonellmigrasjonen.

Ett slikt velkjent dokument, og det første i sitt slag, ble utarbeidet av National Health Service (NHS) i England i 2001. Det omfattet alt helsepersonell og ga en liste over utviklingsland det var forbudt for NHS å drive aktiv rekruttering fra. Denne koden ble styrket i 2004 da den ble utvidet til å dekke rekrutteringsbyråer som arbeidet for NHS-tilknyttede arbeidsgivere, midlertidige ansatte i NHS og private helseforetak som solgte tjenester til NHS. I 2007 ble tre land på listen (Kina, India og Filippinene) unntatt etter anmodning fra landenes regjeringer, på grunnlag av bilaterale avtaler med de britiske myndighetene. Et annet eksempel er Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Workers, som ble vedtatt på et møte med helseministrene i Commonwealth i Genève i 2003. Denne koden danner et rammeverk for internasjonal rekruttering av helsepersonell. Spesielt fraråder den målrettet rekruttering fra land som opplever mangel på helsepersonell. Den inneholder også anbefalinger som tar sikte på å sikre ansattes rettigheter og arbeidsforhold i mållandet.

Et nyere eksempel er koden fra Public Service Unions and European Hospital and Healthcare Employers' Association i 2008. Denne koden skiller seg ut ved at den ikke er vedtatt av medlemslandene, men er tatt inn i rammeverket for sosial dialog innenfor den europeiske sykehussektoren. Den er basert på 12 hovedprinsipper og -forpliktelser som gjelder blant annet planlegging av helsepersonellstyrken, like rettigheter og ikke-diskriminering og arbeid for en etisk rekrutteringspraksis. De europeiske partnerorganisasjonene har blitt enige om å implementere koden gjennom sine respektive medlemsorganisasjoner i løpet av tre år. Ved slutten av det fjerde året skal det utgis en rapport om den samlede implementeringen.

Kilder:

Pagett C, Padarath A. A review of codes and protocols for the migration of health workers. *Regional Network for Equity in Health in Southern Africa (EQUINET)*, 2007 (Diskusjonsrapport nr. 50).

Buchan J, McPake B, Mensah K og Rae G. Does a code make a difference –assessing the English code of practice on international recruitment. *Journal of Human Resources for Health*, 2009.

Hvordan blir WHO-koden implementert og av hvem?

Mange parter må delta i implementeringen av koden. Koden har en helhetlig tilnærming for å sikre at den kan anvendes i ulike institusjonelle kontekster. Selv om koden er formelt vedtatt av medlemslandene, henvender den seg også direkte til ikke-statlige aktører. Disse aktørene omfatter helsepersonell, rekrutterere, arbeidsgivere, yrkesorganisasjoner for helsepersonell og relevante subregionale, regionale og

globale organisasjoner, uansett om de er i offentlig eller privat sektor eller om de er myndighetsstyrte eller ikke. Koden spesifiserer at alle interessenter skal strebe etter å arbeide både individuelt og i fellesskap for å oppnå kodens mål, uavhengig av andres mulighet til å overholde den (artikkel 8.4). Alle interessenter oppfordres til å innføre prinsippene i koden, men tilpasse dem slik at de passer interessentenes egen kontekst. En slik implementering kan bli lettere å gjennomføre ved hjelp av en bred og multisektorell tilnærming.

“Koden er en stor seier. Men dette er bare begynnelsen. Nå er det tid for å spre koden til myndigheter, rekrutterere, mellomstatlige organisasjoner, helsepersonell og andre organisasjoner i det sivile samfunn og alle interessenter for å fremme implementeringen av den.”

Sandra Kiapi, leder i Action Group for Health, Human Rights and HIV/AIDS (AGHA), en frivillig organisasjon i Uganda

Medlemslandenes implementering

Koden er formelt vedtatt av medlemslandene. Som et frivillig dokument blir koden mest effektiv når den implementeres i nasjonale retningslinjer eller lover. I kodens artikkel 8 fokuseres det spesielt på implementering av koden, og det gis enkelte anbefalinger for implementering i medlemslandene. For eksempel oppfordres medlemslandene til å innlemme kodens prinsipper i gjeldende lover og regler (artikkel 8.2) og ta den med i betraktning når de utvikler sin nasjonale helsepolitikk og i samarbeid med andre land (artikkel 3.1). Medlemslandene oppfordres også til å publisere og spre koden (artikkel 8.1) for å sikre at alle viktige interessenter innenfor privat og offentlig sektor er informert om kodens normer og prinsipper. Som spesifisert i artikkel 8.1 oppfordres det til å implementere koden i samsvar med nasjonale og subnasjonale forpliktelser. Kodens prinsipper gjelder derfor også desentraliserte stater og deres subnasjonale myndigheter. Koden gjør det klart at medlemslandene skal konsultere alle interessenter i beslutningsprosesser (artikkel 8.3) og samarbeide med dem når det gjelder å publisere og implementere koden (artikkel 8.1). Dette gjelder både ikke-statlige aktører og ulike departementer som berøres av helsepersonellmigrasjon.

Ikke-statlige interessenters implementering

Helsepersonell, rekrutteringsbyråer og yrkesorganisasjoner for helsepersonell skal spille en direkte rolle i implementeringen av koden. Artikkel 4, som tar for seg forpliktelser, rettigheter og rekrutteringspraksis, inneholder flere anbefalinger som skal beskytte migrerende helsepersonell under rekrutterings- og ansettelsesprosessene. Disse anbefalingene retter seg også mot rekrutterere og arbeidsgivere, både i offentlig og privat sektor.

For å oppfordre til og fremme god praksis blant rekrutteringsbyråene anbefaler koden at medlemslandene bare godkjenner byråer som overholder retningslinjene i koden (artikkel 8.6).

Koden gjør det også klart at aktører i privat sektor bør forsøke å samarbeide fullt ut med lovgivere og nasjonale og lokale myndigheter (artikkel 4.1).

Det sivile samfunn har spilt og vil fortsatt spille en viktig rolle når det gjelder å overvåke implementeringen av normene og anbefalingene i koden. Koden anerkjenner dette. For eksempel stadfester artikkel 9.4 at WHO's sekretariat kan ta i betraktning rapporter om aktiviteter knyttet til implementeringen av koden fra alle interessenter som er involvert i internasjonal rekruttering av

helsepersonell.

WHO's implementering

På forespørsel vil WHO gi all mulig støtte til medlemslandenes implementering av koden, og forventes å samarbeide med andre internasjonale organisasjoner, inkludert ikke-statlige organisasjoner, for å støtte implementeringen av koden (artikkel 9.3(c)). WHO spiller også en viktig rolle når det gjelder å overvåke implementeringen. Mer informasjon om WHO-sekretariatets strategi for å støtte medlemslandenes implementering av koden finnes i rapporten "WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Implementation by the Secretariat", som er tilgjengelig på www.who.int/hrh/resources/code_implementation.

Hvordan overvåkes implementeringen av WHO-koden?

Medlemslandene bør periodisk rapportere til WHO's sekretariat angående implementeringen av koden. Medlemslandene bør levere en første rapport innen mai 2012 og deretter hvert tredje år (se boks 5). WHO's generaldirektør bruker disse som grunnlag for sin egen rapport til Verdens helseforsamling – først i 2013 og deretter hvert tredje år – om hvor effektiv koden er i forhold til å oppnå de angitte målene, samt forslag til forbedringer.

Boks 5

Tidslinje for rapportering fra medlemslandene og fra generaldirektøren

2012	Rapporter fra medlemslandene til WHO's sekretariat
2013	Rapport fra WHO's generaldirektør til Verdens helseforsamling
2015	Rapporter fra medlemslandene til WHO's sekretariat
2016	Rapport fra WHO's generaldirektør til Verdens helseforsamling
2018	Rapporter fra medlemslandene til WHO's sekretariat
2019	Rapport fra WHO's generaldirektør til Verdens helseforsamling
Osv...	

Rapporter fra medlemslandene skal inneholde kvalitativ og kvantitativ informasjon. Kvalitativ informasjon omfatter iverksatte tiltak, oppnådde resultater og oppståtte vanskeligheter ved implementering av koden, i tillegg til informasjon om lover og bestemmelser som gjelder rekruttering og migrasjon av helsepersonell. Kvantitativ informasjon omfatter data om internasjonal migrasjon av helsepersonell og data fra informasjonssystemer for helsepersonell. For å tilrettelegge for denne rapporteringsprosessen holder sekretariatet på å utarbeide retningslinjer for minste datasett, informasjonsutveksling og rapportering om implementering av koden. Dette er i henhold til resolusjon WHA63.16.⁷

Hva er formålet med retningslinjene for minste datasett, informasjonsutveksling og rapportering om implementering av WHO-koden?

Disse retningslinjene ble krevet som en del av resolusjon WHA63.16, som var grunnlaget for utviklingen av koden. Denne resolusjonen anmodet WHO's generaldirektør om å "raskt, i samråd med medlemsland, å utarbeide retningslinjer for minste datasett, informasjonsutveksling og rapportering om implementering av WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell". Disse retningslinjene skal forenkle medlemslandenes rapporteringsprosess til WHO's sekretariat gjennom å gi medlemslandene veiledning om prosessen for informasjonsutveksling og hvilke typer kvantitativ og kvalitativ informasjon som skal samles inn og inkluderes i medlemslandenes periodiske rapporter.

⁷ Disse retningslinjene forventes publisert og distribuert innen slutten av 2011.

Kan WHO-koden revideres?

Artikkel 9.5 slår fast at koden skal anses som en dynamisk tekst som kan oppdateres etter behov. Medlemslandene er velkommen til å foreslå endringer. De nasjonale rapportene vil inneholde en del der medlemslandene kan komme med forslag til endringer i teksten. På grunnlag av de periodiske nasjonale rapportene fra nasjonale myndigheter kan WHO's generaldirektør også foreslå endringer (artikkel 9.2).

Videre lesing

The World Health Report 2006: working together for health. Genève, WHO, 2006.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563176_eng.pdf

International migration outlook. Paris, OECD, 2007.

<http://www.oecd.org/dataoecd/22/32/41515701.pdf>

The looming crisis in the health workforce. Paris, OECD, 2008.

<http://www.oecd.org/dataoecd/25/14/41509461.pdf>

The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. Globalt forum om helsepersonell, Den globale helsepersonellalliansen, Kampala, Uganda, 7. mars 2008.

http://www.who.int/workforcealliance/forum/2_declaration_final.pdf

Global policy recommendations on increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Genève, WHO, 2010.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564014_eng.pdf

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf

Resolusjon WHA57.19 International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries. Genève, WHO, 2004. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R19-en.pdf

Flere referanser finnes på www.who.int/hrh/migration

Annex

DEN SEKSTITREDJE VERDENS HELSEFORSAMLING WHA63.16

Agendapunkt 11.5, 21. mai 2010

WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell

Den sekstitredje Verdens helseforsamling,

Har vurdert det reviderte utkastet til global kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell, som er vedlagt Sekretariatets rapport om internasjonal rekruttering av helsepersonell: utkast til global kode,¹ og

1. VEDTAR, i henhold til artikkel 23 i Konstitusjonen, WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell;
2. BESLUTTER at første gjennomgåelse av WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell med hensyn til relevans og effektivitet skal utføres av den sekstiåttende Verdens helseforsamling;
3. ANMODER generaldirektøren om:
 - (1) å gi all mulig støtte til medlemsland, når og hvis det anmodes om dette, til implementering av WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell;
 - (2) å samarbeide med alle interessenter involvert i implementering og overvåking av WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell;
 - (3) raskt, i samråd med medlemsland, å utvikle retningslinjer for minste datasett, informasjonsutveksling og rapportering om implementering av WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell;
 - (4) basert på periodisk rapportering, om nødvendig å komme med forslag til revisjon av teksten til WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell i overensstemmelse med første gjennomgåelse, og til nødvendige tiltak for effektiv anvendelse.

¹ Dokument A63/8.

VEDLEGG

WHO's GLOBALE KODE FOR INTERNASJONAL REKRUTTERING AV HELSEPERSONELL

Preamble

Medlemslandene i Verdens helseorganisasjon,

Minner om resolusjon WHA57.19, der Verdens helseforsamling anmodet generaldirektøren om å utarbeide en frivillig kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell i samråd med alle relevante partnere;

Svarer på oppfordringene i Kampala-erklæringen vedtatt på det første globale forumet om menneskelige helseressurser (Kampala, 2.-7. mars 2008) og kommunikeene fra G8-møtene i 2008 og 2009, som oppfordrer WHO til å påskynde utviklingen og vedtakelsen av en kode;

Er klar over den globale mangelen på helsepersonell og anerkjenner at en tilstrekkelig og tilgjengelig helsepersonellstyrke er vesentlig for å oppnå et integrert og effektivt helsesystem og for å tilby helsetjenester;

Er svært bekymret for at den alvorlige mangelen på helsepersonell, inkludert helsepersonell med høy utdanning og opplæring, i mange medlemsland utgjør en alvorlig trussel for kvaliteten på helsesystemene og undergraver muligheten disse landene har til å nå tusenårsmålene for utvikling og andre internasjonale avtaler om utviklingsmål;

Understreker at WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell kan være en kjernekomponent i den bilaterale, nasjonale, regionale og globale responsen på utfordringene knyttet til migrasjon av helsepersonell og styrking av helsesystemer;

DERFOR:

Samtykker medlemslandene herved til følgende artikler, som anbefales som et handlingsgrunnlag.

Artikkel 1 – Mål

Målene for denne koden er:

(1) å etablere og fremme frivillighetsprinsipper og normer for etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell, der det tas hensyn til rettigheter, plikter og forventninger hos kildeland, målland og migrerende helsepersonell;

(2) å tjene som en referanse for medlemsland ved etablering eller forbedring av det juridiske og institusjonelle rammeverket som kreves for internasjonal rekruttering av helsepersonell;

(3) å gi veiledning som kan brukes etter behov til å formulere og implementere bilaterale avtaler og andre internasjonale juridiske instrumenter;

(4) å tilrettelegge for å fremme internasjonal diskusjon og styrke samarbeidet om saker som gjelder etisk internasjonal rekruttering av helsepersonell som en del av styrkingen av helsesystemer, med særlig fokus på situasjonen i utviklingsland.

Artikkel 2 – Art og omfang

2.1 Koden er frivillig. Medlemslandene og andre interessenter oppfordres sterkt til å bruke koden.

2.2 Koden har et globalt omfang og er beregnet som en veiledning for medlemsland, i samarbeid med interessenter som helsepersonell, rekrutterere, arbeidsgivere, yrkesorganisasjoner for helsepersonell, relevante subregionale, regionale og globale organisasjoner, uansett om de er i offentlig eller privat sektor, også ikke-myndighetsstyrte, og alle personer som er involvert i internasjonal rekruttering av helsepersonell.

2.3 Koden inneholder etiske prinsipper for internasjonal rekruttering av helsepersonell på en måte som styrker helsesystemene i utviklingsland, land med overgangsøkonomier og små øystater.

Artikkel 3 – Veiledende prinsipper

3.1 Alle menneskers helse er grunnleggende for å oppnå fred og sikkerhet, og den er avhengig av et fullstendig samarbeid mellom enkeltpersoner og stater. Myndighetene har ansvar for sine innbyggers helse, og denne kan bare sikres ved å sørge for tilstrekkelige helsemessige og sosiale tiltak. Medlemslandene bør ta hensyn til koden under utvikling av nasjonal helsepolitikk og gjensidig samarbeid, hvis man finner dette formålstjenlig.

3.2 For å beskytte den globale helsen er det vesentlig å ta hensyn til nåværende og forventet mangel på helsepersonell. Internasjonal migrasjon av helsepersonell kan være et sunt bidrag for å utvikle og styrke helsesystemene, hvis rekrutteringen styres på en hensiktsmessig måte. For å dempe de negative virkningene som migrasjon av helsepersonell har på helsesystemene i utviklingsland og for å sikre helsepersonellens rettigheter er det ønskelig å definere frivillige internasjonale prinsipper og koordinere nasjonale retningslinjer for rekruttering av internasjonalt helsepersonell. Dette vil fremme rammeverk som styrker helsesystemer over hele verden på en rettferdig måte.

3.3 Det skal tas hensyn til landenes spesifikke behov og spesielle forhold, særlig utviklingsland og land med overgangsøkonomier som er særlig sårbare overfor knapphet på helsepersonell, og/eller som har begrenset evne til å implementere anbefalingene i denne koden. Industriland skal, i den grad det er mulig, gi teknisk og økonomisk støtte til utviklingsland og land med overgangsøkonomier, med mål om å styrke helsesystemene, blant annet gjennom å utvikle helsepersonellens kompetanse.

3.4 For å dempe de negative effektene og maksimere de positive effektene av migrasjon på helsesystemet i kildelandene skal medlemslandene ta hensyn til retten til høyest oppnåelig helsestandard i befolkningen i kildelandene, og helsepersonellens individuelle rett til å forlate et hvilket som helst land i samsvar med gjeldende lover,. Ikke noe i denne koden skal imidlertid tolkes som en begrensning av helsepersonellens frihet, i samsvar med gjeldende lover, til å migrere til land som ønsker å ta imot og ansette dem.

3.5 Internasjonal rekruttering av helsepersonell skal utføres i samsvar med prinsippene for transparens, rettferdighet og fremming av bærekraftighet i helsesystemene i utviklingsland. Medlemslandene skal, i samsvar med nasjonal lovgivning og gjeldende internasjonale juridiske instrumenter som de er en del av, fremme og respektere rettferdige arbeidsforhold for alt helsepersonell. Alle sider ved ansettelse og

behandling av migrerende helsepersonell skal skje uten ulovlig forskjellsbehandling av noe slag.

3.6 Medlemslandene skal, i den grad det er mulig, strebe etter å skape en bærekraftig helsepersonellstyrke og arbeide for å etablere effektiv planlegging, utdanning og opplæring av helsepersonellstyrken og utarbeide retensjonsstrategier som vil redusere behovet for å rekruttere migrert helsepersonell. Politikk og tiltak for å styrke helsepersonellstyrken skal være tilpasset de særlige forholdene i hvert land, og de skal integreres i nasjonale utviklingsprogrammer.

3.7 Effektiv innsamling av nasjonale og internasjonale data, forskning og informasjonsdeling for internasjonal rekruttering av helsepersonell er nødvendig for å nå målene i denne koden.

3.8 Medlemslandene skal tilrettelegge for sirkulær migrasjon av helsepersonell, slik at det opparbeides kompetanse og kunnskap til nytte for både kilde- og målland.

Artikkel 4 – Ansvar, rettigheter og rekrutteringspraksis

4.1. Helsepersonell, yrkesorganisasjoner for helsepersonell, yrkesrådgivere og rekrutterere bør forsøke å samarbeide fullstendig med regulerende, nasjonale og lokale myndigheter til det beste for pasienter, helsesystemet og samfunnet generelt.

4.2 Rekrutterere og arbeidsgivere skal, i den grad det er mulig, være klar over og vurdere det juridiske ansvaret som helsepersonell allerede har overfor helsesystemet i sitt eget land, for eksempel en rettferdig og rimelig arbeidskontrakt, og ikke prøve å rekruttere dem. Helsepersonell skal være åpne og transparente med hensyn til eventuelle kontraktsmessige forpliktelser de kan ha.

4.3 Medlemslandene og andre interessenter skal anerkjenne at etiske koder for internasjonal rekruttering gir helsepersonell mulighet til å vurdere fordeler og risiko knyttet til ansettelsesforhold og ta rettidige og informerte beslutninger.

4.4 Medlemslandene skal, i den grad det er mulig, og i henhold til gjeldende lover, sørge for at rekrutterere og arbeidsgivere overholder rettferdige koder for rekruttering og kontraktsforhold ved ansettelse av migrerende helsepersonell, og at migrerende helsepersonell ikke utsettes for svindel eller ulovlige handlinger. Migrert helsepersonell skal ansettes, fremmes og lønnes ut fra objektive kriterier, for eksempel kvalifikasjonsnivå, ansiennitet og grad av profesjonelt ansvar, og de skal likebehandles med helsepersonell som har fått opplæring internt i landet. Rekrutterere og arbeidsgivere skal sørge for at migrert helsepersonell får relevant og nøyaktig informasjon om alle stillinger de tilbys i helsesektoren.

4.5 Medlemslandene skal sørge for at migrert helsepersonell, i henhold til gjeldende lover, inkludert relevante internasjonale instrumenter som de er en del av, nyter godt av de samme juridiske rettigheter og ansvar som helsepersonell som har fått opplæring internt i landet, med hensyn til alle sider av ansettelsen og arbeidsforholdene.

4.6 Medlemslandene og andre interessenter skal iverksette tiltak for å sikre at migrert helsepersonell har muligheter og blir oppmuntret til å styrke sin yrkesutdannelse, sine kvalifikasjoner og sin karriereutvikling, og at de likebehandles med helsepersonell som har fått opplæring internt i landet, i henhold til gjeldende lover. Alt migrerende helsepersonell skal tilbys hensiktsmessige innførings- og orienteringsprogrammer som gjør dem i stand til å arbeide trygt og effektivt innenfor helsesystemet i mållandet.

4.7 Rekrutterere og arbeidsgivere må forstå at koden har samme gyldighet for både midlertidig ansatt

personell og permanent ansatte.

Artikkel 5 – Utvikling av helsepersonellstyrken og bærekraftighet i helsesystemene

5.1 I samsvar med de veiledende prinsippene som angis i artikkel 3 i denne koden, skal helsesystemene i både kilde- og mållandene dra fordeler av den internasjonale migrasjonen av helsepersonell. Mållandene oppmuntres til å samarbeide med kildelandene for å opprettholde og fremme utvikling og opplæring av menneskelige helseressurser etter behov. Medlemsland skal motvirke aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsearbeidere.

5.2 Medlemslandene skal bruke denne koden som en veiledning ved tilslutning til bilaterale og/eller regionale og/eller multilaterale ordninger, for å fremme internasjonalt samarbeid om og koordinering av internasjonal rekruttering av helsepersonell. Slike ordninger skal ta hensyn til behovene i utviklingsland og land med overgangsøkonomier ved å iverksette hensiktsmessige tiltak. Slike tiltak kan blant annet bestå i å tilby effektiv og hensiktsmessig teknisk støtte, støtte til helsepersonellretensjon, sosial og profesjonell anerkjennelse av helsepersonell, støtte til opplæring i kildeland som er tilpasset sykdomsprofilen i slike land, samarbeid mellom fasiliteter, støtte til kapasitetsbygging ved utvikling av hensiktsmessige lovgivende rammeverk, tilgang til spesialopplæring, overføring av teknologi og kunnskaper og støtte til returnmigrasjon, uansett om det er midlertidig eller permanent.

5.3 Medlemslandene skal selv anerkjenne verdien av profesjonell utveksling mellom land for helsesystemer og helsepersonell, og verdien av muligheten til å arbeide og ha praksis i utlandet. Både kilde- og målmedlemslandene skal oppmuntre og støtte helsepersonellet til å bruke arbeidserfaringen de har fått i utlandet på en måte som er til nytte for hjemlandet.

5.4 Helsepersonellstyrken er en sentral faktor i bærekraftige helsesystemer, og medlemslandene bør derfor iverksette effektive tiltak for å utdanne, opprettholde og støtte opp om en helsepersonellstyrke som er tilpasset de særlige forholdene i hvert land, blant annet med hensyn til områder med størst behov, og som er bygd opp på en kunnskapsbasert plan for helsepersonellstyrken. Alle medlemslandene skal i så stor grad som mulig strebe etter å oppfylle sine helsepersonellbehov med egne menneskelige ressurser.

5.5 Medlemsland skal vurdere å styrke utdanningsinstitusjoner for å trappe opp opplæringen av helsepersonell og utvikle innovative studieprogrammer for å finne løsninger på dagens behov for helsepersonell. Medlemslandene skal iverksette tiltak for å sikre at det foregår hensiktsmessig opplæring i offentlig og privat sektor.

5.6 Medlemslandene skal vurdere å vedta og iverksette effektive tiltak rettet mot styrking av helsesystemene, fortløpende overvåking av arbeidsmarkedet i helsesektoren og koordinering blant alle interessenter for å utvikle og opprettholde en bærekraftig helsepersonellstyrke som kan respondere på behovene i sin egen befolkning. Medlemsland bør vedta en flersektoriell tilnærming for å løse disse problemene gjennom nasjonal helse- og utviklingspolitikk.

5.7 Medlemsland bør vurdere å vedta tiltak for å prøve å løse den geografiske skjevfordelingen av helsepersonell og støtte retensjon av helsepersonell i underprivilegerte områder, for eksempel ved å iverksette utdannings tiltak, økonomiske insentiver, lovgivningsmessige tiltak, sosial og yrkesmessig støtte.

Artikkel 6 – Datainnsamling og forskning

6.1 Medlemslandene skal anerkjenne at utforming av effektive retningslinjer og planer for helsepersonellstyrken krever et fornuftig kunnskapsgrunnlag.

6.2 Med utgangspunkt i egenskapene ved de nasjonale helsesystemene oppmuntres medlemslandene til å etablere eller styrke og opprettholde, som hensiktsmessig, informasjonssystemer for helsepersonell som inkluderer migrasjon av helsepersonell og den effekten det har på helsesystemene. Medlemslandene oppmuntres til å samle inn, analysere og omsette data til effektiv helsepersonellpolitikk og -planlegging.

6.3 Medlemslandene oppfordres til å etablere eller styrke forskningsprogrammer innenfor migrasjon av helsepersonell og koordinere slike forskningsprogrammer gjennom partnerskap på nasjonalt, subnasjonalt, regionalt og internasjonalt nivå.

6.4 WHO oppfordres, i samarbeid med relevante internasjonale organisasjoner og medlemsland, til å sikre, i så stor grad som mulig, at det blir generert og samlet inn sammenlignbare og pålitelige data i henhold til avsnittene 6.2 og 6.3 for fortløpende overvåking, analyse og utforming av politikk og retningslinjer.

Artikkel 7 – Informasjonsutveksling

7.1 Medlemslandene oppfordres til, som hensiktsmessig og i henhold til nasjonale lover, å fremme etablering eller styrking av informasjonsutveksling om internasjonal migrasjon av helsepersonell og helsesystemer, nasjonalt og internasjonalt, gjennom offentlige byråer, akademiske institusjoner og forskningsinstitusjoner, yrkesorganisasjoner for helsepersonell og subregionale, regionale og internasjonale myndighetsstyrte eller ikke-myndighetsstyrte organisasjoner.

7.2 For å fremme og tilrettelegge informasjonsutvekslingen som er relevant for denne koden, skal hvert medlemsland i den grad det er mulig:

(a) progressivt opprette og vedlikeholde en oppdatert database over lover og bestemmelser som gjelder rekruttering og migrasjon av helsepersonell, og, som hensiktsmessig, informasjon om implementering av disse;

(b) progressivt opprette og vedlikeholde oppdaterte data fra informasjonssystemer om helsepersonell i henhold til artikkel 6.2; og

(c) forsyne WHO's sekretariat med data samlet inn i henhold til underavsnitt (a) og (b) over, hvert tredje år, der første datarapport leveres innen to år etter at helseforsamlingen har vedtatt koden.

7.3 Til internasjonale kommunikasjonsformål skal hvert medlemsland, etter behov, utnevne en nasjonal myndighet som skal være ansvarlig for utveksling av informasjon om migrasjon av helsepersonell og implementering av koden. Medlemsland som utpeker en slik myndighet, skal informere WHO. Den utpekte nasjonale myndigheten skal være autorisert til å kommunisere direkte eller, som angitt i nasjonale lover eller bestemmelser, med utpekte nasjonale myndigheter for andre medlemsland og med WHO's sekretariat og andre relevante regionale og internasjonale organisasjoner, og til å sende rapporter og annen informasjon til WHO's sekretariat i henhold til underavsnitt 7.2(c) og artikkel 9.1.

7.4 WHO skal opprette, vedlikeholde og publisere et register over utpekte nasjonale myndigheter i henhold til avsnitt 7.3.

Artikkel 8 – Implementering av koden

8.1 Medlemslandene oppfordres til å publisere og implementere koden i samarbeid med alle interessenter, som angitt i artikkel 2.2, i samsvar med nasjonale og subnasjonale ansvarsområder.

8.2 Medlemslandene oppmuntres til å innlemme koden i gjeldende lover og retningslinjer.

8.3 Medlemslandene oppmuntres til, som hensiktsmessig, å konsultere alle interessenter som angitt i artikkel 2.2, i beslutningsprosessene og involvere dem i andre aktiviteter knyttet til internasjonal rekruttering av helsepersonell.

8.4 Alle interessenter som det refereres til i artikkel 2.2, skal strebe etter å arbeide individuelt og kollektivt for å oppnå målene for denne koden. Alle interessenter skal overholde denne koden, uten hensyn til om andre har mulighet til å observere koden. Rekrutterere og ansatte skal samarbeide fullstendig om å følge koden og fremme de veiledende prinsippene som uttrykkes ved koden, uten hensyn til om et medlemsland har mulighet til å implementere koden.

8.5 Medlemslandene skal, i den grad det er mulig og i henhold til juridiske ansvarsområder, i samarbeid med relevante interessenter opprettholde et register som oppdateres med jevne mellomrom, over alle rekrutterere som er autorisert av kompetente myndigheter til å arbeide innenfor deres jurisdiksjon.

8.6 Medlemslandene skal, i den grad det er mulig, oppmuntre til og fremme god praksis blant rekrutteringsbyråer ved bare å bruke de byråene som overholder de veiledende prinsippene for koden.

8.7 Medlemslandene oppmuntres til å observere og vurdere omfanget av aktiv internasjonal rekruttering av helsepersonell fra land som opplever kritisk mangel på helsepersonell, og vurdere omfanget og effekten av sirkulær migrasjon.

Artikkel 9 – Ordninger for overvåking og institusjoner

9.1 Medlemslandene skal periodisk rapportere om iverksatte tiltak, oppnådde resultater, oppståtte vanskeligheter og hva de har lært i en enkelt rapport i forbindelse med bestemmelsene i artikkel 7.2(c).

9.2 Generaldirektøren skal overvåke implementeringen av denne koden, på grunnlag av periodiske rapporter fra utpekte nasjonale myndigheter i henhold til artikkel 7.3 og 9.1 og andre kompetente kilder, og periodisk rapportere til Verdens helseforsamling om hvor effektiv koden er for å oppnå de angitte målene, samt komme med forslag til forbedringer. Denne rapporten skal sendes inn i forbindelse med artikkel 7.2(c).

9.3 Generaldirektøren skal:

(a) støtte systemet for informasjonsutveksling og nettverket av dedikerte nasjonale myndigheter angitt i artikkel 7;

(b) utvikle retningslinjer og komme med anbefalinger om praksis og prosedyrer, samt felles programmer og tiltak som angitt i koden; og

(c) opprettholde samarbeidet med FN, den internasjonale arbeiderorganisasjonen (ILO), den internasjonale migrasjonsorganisasjonen (IOM) og andre kompetente regionale og internasjonale organisasjoner, i tillegg til relevante ikke-myndighetsstyrte organisasjoner, for å støtte

implementering av koden.

9.4 WHO's sekretariat kan vurdere rapporter fra interessenter som stipulert i artikkel 2.2 om aktiviteter knyttet til implementering av koden.

9.5 Verdens helseforsamling skal periodisk vurdere om koden er relevant og effektiv. Koden skal vurderes som en dynamisk tekst som kan oppdateres etter behov.

Artikkel 10 – Partnerskap, teknisk samarbeid og økonomisk støtte

10.1 Medlemslandene og andre interessenter skal samarbeide direkte eller via kompetente internasjonale organer for å styrke sin evne til å implementere kodens mål.

10.2 Internasjonale organisasjoner, internasjonale donororganisasjoner, økonomiske institusjoner og utviklingsinstitusjoner og andre relevante organisasjoner oppfordres til å gi sin tekniske og økonomiske støtte for å bidra til implementering av denne koden og støtte styrkingen av helsesystemer i utviklingsland og land med overgangsøkonomier som opplever kritisk mangel på helsepersonell og/eller har begrenset evne til å implementere målene for denne koden. Slike organisasjoner og andre enheter skal oppfordres til å samarbeide med land som opplever kritisk mangel på helsearbeidere og påta seg å sikre at midler som ytes til sykdomsspesifikke intervensjoner blir brukt til å styrke kapasiteten i helsesystemer, blant annet utvikling av helsepersonell.

10.3 Medlemslandene skal, enten på egenhånd eller gjennom sitt engasjement med nasjonale og regionale organisasjoner, donororganisasjoner og andre relevante organer, oppmuntres til å yte teknisk og økonomisk støtte til utviklingsland eller land med overgangsøkonomier, med mål om å styrke kapasiteten til helsesystemer, blant annet gjennom utvikling av helsepersonell i disse landene.

Åttende plenums møte, 21. mai 2010
A63/VR/8

== =

Veiledere fra helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige lovverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no