

# SYDAFRIKANSK DEMOKRATISERING

*mellem vækst og fordelingsproblemer,  
protest og ytringsfrihed*

D E N   N Y   V E R D E N  
TIDSSKRIFT FOR INTERNATIONALE STUDIER

DIIS • København • 2007

# Hjerneflugten fra Sydafrikas sundhedssektor

## Myter og realiteter

### Introduktion

En global mangel på sundhedspersonale betyder, at afrikanske læger og sygeplejersker relativt let kan emigrere til en række i-lande. Denne proces er blevet kaldt Afrikas medicinske hjerneflugt, *brain drain*. Debatten om hjerneflugt er intensiveret fra sidst i 1990'erne og op til i dag efter at have levet et stille liv siden 1960'erne og 70'erne. Desværre har data på området været notorisk mangelfulde, så debatten har famlet i mørke. Det har dog ikke forhindret dannelsen af påstande og holdninger, der bygger på meget lidt håndfast viden og mest af alt minder om myter. Et hurtigt vue af litteraturen og debatten efterlader ikke tvivl om, hvilken holdning der dominerer: den medicinske hjerneflugt er en form for 'pervers udbytning' der med Southern African Development Community's ord "kan ses som plyndring af [ulande] og er meget lig det, de oplevede under koloniseringen da alle ressourcer, inklusive mineraler, blev plyndret af udviklede lande (SADC 2001)".

Sydafrika bliver ofte nævnt som et land, der spiller en central rolle i problematikken ved både at være 'bøddel og offer': bøddel fordi landet importerer et stort antal læger og sygeplejersker fra andre afrikanske lande, og offer fordi det eksporterer et ligeledes stort antal læger og sygeplejersker til en række i-lande (Chen & Boufford 2005; JLI 2004; Padarath et al. 2004). Den sydafrikanske sundhedsminister udtalte i 2002, at emigrationen af sundhedspersonale var "den største enkelte trussel mod [Sydafrikas] overordnede sundhedsindsats" (*The Citizen* 20. aug. 2002). Hun nævnte i samme forbindelse ikke immigration til Sydafrika (med god grund, se senere).

Denne artikel diskuterer begrebet *brain drain*, forskellige bagvedliggende grundopfattelser og de deraf afledte løsningsmodeller. Derefter går den bag om myterne ved hjælp af nyligt publicerede data ved at beskrive Sydafrikas medicinske *brain drain* efterfulgt af en kort beskrivelse af situationen bredere i Afrika syd for Sahara. Artiklen afsluttes med en konkluderende diskussion.



## Brain drain – problemet eller en del af løsningen?

*Brain drain* bliver ofte brugt synonymt med emigrationen af højt uddannede fra ulande til i-lande. Betegnelsen giver uvægerligt negative associationer, og en typisk konklusion er da også, at fænomenet er ødelæggende for ulande og skal stoppes. Men emigration af højt uddannede fra ulande til i-lande er associeret med forskellige betegnelser, der spiller på *brain drain*-metaforen og har divergerende grundopfattelser og konklusioner.

Den klassiske opfattelse argumenterer for, at emigration af højt uddannede fører til en *brain drain*, der hæmmer økonomisk vækst i de 'hjerneeksporterende' lande. Denne opfattelse støttes af teorier om det generelle uddannelsesniveaus betydning for et lands økonomiske vækst, der antager, at en stigning i uddannelsesniveau resulterer i højere økonomisk vækst. Den direkte konsekvens af højt uddannedes emigration er et fald i uddannelsesniveau, der hæmmer den økonomiske vækst og fører til fald i den generelle velfærd (Lowell & Findley 2002). Andre teorier peger på, at den mulighed for emigration, en uddannelse giver, i sig selv skaber et incitament til at uddanne sig, hvilket kan føre til en stigning af det generelle uddannelsesniveau i et hjerneeksporterende land. Stark (2005) argumenterer for, at emigration af højt uddannede ikke nødvendigvis har negative konsekvenser, men selv i de fattigste lande kan have en positiv effekt på det generelle uddannelsesniveau og kan resultere i et *brain gain*, der øger den økonomiske vækst og velfærd. Nogle af de højt uddannede, der emigrerer, vender tilbage til deres hjemlande. Det kaldes *brain circulation* og kan under de rette forhold have en positiv indflydelse på det eksporterende lands produktivitet, især hvis de hjemvendte medbringer ny viden og nye erfaringer (Dos Santos & Postel-Vinay 2003).

Sriskandarajah (2005) argumenterer for, at eftersom emigration af højt uddannede ikke altid er skadeligt for eksporterende lande og endda kan være direkte gavnlige, ikke mindst i form af hjemsendte penge, de såkaldte remitter, fra emigranter og diasporanetværk, som kan fremme handel og investeringer, er det næppe frugtbart at tale om *brain drain* med de negative associationer, betegnelsen uvægerligt giver. I stedet foreslås *brain strain* som en betegnelse for situationer, hvor emigration af højt uddannede har negative konsekvenser for et lands udviklingsmuligheder. Sriskandarajah (2005) argumenterer videre for, at konteksten er vital: universelle løsninger så som et generelt forbud mod emigration af højt uddannede fra ulande til i-lande kan gøre mere skade end gavn. Det er nødvendigt at bygge eventuelle interventioner på en analyse af, om der vitterligt er tale om *brain strain* og i så fald af de nærmere konkrete omstændigheder. Det afgørende er ikke antallet af højt uddannede der emigrerer; det afgørende er, at der til enhver tid er en kritisk masse af højt uddannede i et givet land.

Kapur og McHale (2005) klassificerer mulige politiske indgreb til at sikre dette i fire kategorier: *kontrol*, *kompensation*, *kapacitetsopbyggelse* og *kontakt*. *Kontrol* relaterer til indgreb, der skal mindske eller forhindre emigration eller immigration af højt uddannede. Kapur og McHale advarer generelt imod sådanne indgreb, men nævner specifikt emigration af sundhedspersonale som et område, hvor kontrolindgreb kan retfærdiggøres. En af grundene til, at de generelt fraråder kontrolindgreb, er dog, at sådanne indgreb er problematiske at implementere, og de har ingen specifikke forslag (ud over at importerende lande skal stoppe med at ansætte især afrikansk sundhedspersonale) til, hvordan det enkelte land effektivt kan stoppe emigration af netop sundhedspersonale.

*Kompensations*indgreb relaterer til de måder, hvorpå eksporterende lande kan kompenseres i form af pengeoverførelser fra enten importerende landes regeringer, importerende landes arbejdsgivere eller emigranterne selv. *Kapacitetsopbygning* referer til indgreb der skal afhjælpe den ubalancerede fordeling af højtudannede, der er både årsag til og en konsekvens af emigration. Importerende lande kan for det første sørge for at uddanne tilstrækkeligt mange læger, sygeplejersker osv. selv, så situationer med underskud af højtudannede undgås. For det andet kan de investere i uddannelse i de lande de importerer fra. Eksporterende lande kan 'overinvestere' i uddannelse inden for fag, hvor emigration er forudsigtelig. Ved at sikre at emigranter bevarer den økonomiske og sociale *kontakt* til hjemlandet, øges sandsynligheden for, at de vender tilbage. Samtidig vil emigranter, der bevarer kontakt til hjemlandet, være mere tilbøjelige til at sende penge tilbage og investere i hjemlandet. Både eksporterende og importerende lande kan fjerne barrierer, der gør det besværligt og dyrt at rejse, overføre penge og investere.

Skeldon (2005) advarer mod tendensen til at fokusere på emigration af sundhedspersonale som en hovedårsag til afrikanske landes sundhedskriser. Han argumenterer for, at sundhedskriser sjældent om nogensinde skyldes en massiv udvandring af læger og sygeplejersker. Den avancerede medicinske sundhedssektor, som læger og sygeplejersker repræsenterer, er ikke det, der først og fremmest forbedrer en befolknings generelle sundhedstilstand. Samtidig kommer læger og sygeplejersker, der emigrerer, meget sjældent fra de egne, der mangler dem mest. Oftest kommer de fra velstillede familier i byerne og har ingen intentioner om at praktisere i landområder eller slumkvarterer. Når de emigrerer, er det derfor heller ikke på bekostning af de fattiges adgang til hjælp fra læge eller sygeplejerske. Skeldon foreslår derfor, at landene indfører et todelt uddannelsessystem: et der uddanner en pulje af sundhedspersonale efter internationale standarder, hvorfra et vist tab til emigration accepteres, og et andet der uddanner en større pulje af personale med mere basale sundhedskvalifikationer, der kvalificerer dem til at arbejde med de sundhedsproblemer, der er mest udbredte i Afrikanske lande, men ikke kvalificerer dem til at arbejde i i-lande. Det

anslås at 75 procent af Afrikas sygdomsbyrde kan afhjælpes af personale uddannet i denne sidste pulje (USAID 2003).

Debatten vendes på hovedet af te Velde og Grimm (2005), der forslår, at sundhedspersonale fra ulande skal anses som en eksportvare, der kan produceres langt billigere i afrikanske lande end i i-lande. Hvis i-lande finansierede uddannelsen af mere sundhedspersonale i afrikanske lande og ansatte nogle af dem på midlertidige kontrakter, ville det afhjælpe to problemer på én gang: den generelle mangel på sundhedspersonale i mange i-lande og den tilsvarende mangel på sundhedspersonale i de fleste afrikanske lande. Ud fra dette perspektiv er migration af sundhedspersonale fra Afrika til i-lande ikke et problem, der skal løses, men en del af løsningen på problemet.

### Sydafrikas medicinske *brain drain*

Sydafrika mangler læger og sygeplejersker. Den offentlige sektor havde 37.000 ubesatte stillinger for sundhedspersonale i 2006. Det svarede til 29 procent af alle sundhedspersonalestillinger. Sektoren manglede 2.900 læger (30 procent) og 13.900 sygeplejersker (32 procent) (Blecher & Harrison 2006). Lignende data for den private sundhedssektor findes ikke, men den har ligeledes svært ved at besætte stillinger om end i noget mindre grad. Regeringen regner med at øge sundhedspersonalet i den offentlige sektor med 30.000 i den kommende femårsperiode. Det sker for at rette op på den generelle mangel, men også for at komme på højde med andre mellemindkomstlande: med 0,7 læge pr. 1.000 indbygger halter landet efter økonomisk ligestillede lande for hvem gennemsnittet er 1,37 (Blecher & Harrison 2006).

De sydafrikanske medier er ikke tvivl om problemets årsag. Antallet af avisartikler, der direkte sætter manglen på sundhedspersonale i forbindelse med emigration, er anseligt. En relativ ny tendens er artikler, der rapporterer at sydafrikanske sygeplejersker i stigende grad vender hjem. Logikken i disse er, at når årsagen er emigration, må løsningen være immigration. Ifølge nyligt publicerede data, arbejdede 7.363 sydafrikanske læger og 4.844 sygeplejersker i udlandet omkring år 2000. Det svarede til 21 procent af samtlige sydafrikanske læger og 5 procent af samtlige sydafrikanske sygeplejersker (Clemens 2006). OECD (2004) opgiver lidt højere tal for 2001, mens World Bank (2006) rapporterer lidt lavere tal for læger. Med 3.509 læger var Storbritannien klart den mest populære destination for læger efterfulgt af USA (1.950), Canada (1.545) og Australien (1.111). Med 2.884 sygeplejersker var Storbritannien ligeledes den mest populære destination for sygeplejersker efterfulgt af Australien (955), USA (877) og Canada (275). Det er sandsynligt at antallet er stigende, især for sygeplejersker. Dog er tendensen for ansættelse af udenlandsk sundhedspersonale nedadgående i Storbritannien.

To tendenser er ikke med i ovennævnte tal: sydafrikanske sygeplejersker, der tager til de arabiske golfstater, og de såkaldte *fly by night*-kontrakter, som to private hospitalskæder har med det offentlige sundhedssystem, NHS, i Storbritannien. Der eksisterer ikke præcise tal for hvor mange læger og sygeplejersker, der er involveret, men det skal tælles i hundrede snarer end tusinder. Begge tendenser involverer midlertidig migration med en tilbagevendingsprocent på 100.

Immigration af læger og sygeplejersker til Sydafrika fra andre lande og især fra andre afrikanske lande forekommer, trods hårdnakkede påstande om det modsatte (se ovenfor), stort set ikke. Omkring år 2000 arbejdede 1.434 læger og 239 sygeplejersker fra andre afrikanske lande i Sydafrika (Clemens 2006). Det svarer til 1,5 procent af alle afrikanske læger og 0,06 procent af alle afrikanske sygeplejersker. Den sydafrikanske regerings politik forhindrer ansættelse af udenlandsk sundhedspersonale, medmindre det sker igennem bilaterale aftaler. En sådan aftale er indgået med Cuba: ca. 450 cubanske læger arbejder i Sydafrika. Siden indførelsen af denne politik i 2001 har afrikansk sundhedspersonale, som allerede er i landet, haft svært ved at få deres opholdstilladelser forlænget, og den private sektor må ikke ansætte udenlandsk sundhedspersonale, der ikke har en permanent opholdstilladelse. Selv læger og sygeplejersker fra Europa og USA har svært ved at få tilladelse til at praktisere i landet.

De sydafrikanske mediers billede af problemstillingen er besnærende, men data viser, at det ikke er holdbart. Selv om man rent teoretisk forstillede sig at alt sydafrikansk sundhedspersonale i udlandet vendte hjem (og det er meget usandsynligt), så ville de kun kunne dække manglen på læger i den offentlige sektor, men ikke manglen på sygeplejersker og slet ikke den planlagte forøgelse af sundhedspersonale på 30.000. Manglen på sundhedspersonale i den offentlige sektor skyldes først og fremmest to ting: en generel underproduktion af sundhedspersonale, især læger, og en ekstrem skæv fordeling mellem den offentlige og den private sektor samt mellem land og by.

Den private sundhedssektor dækker 16 procent af befolkningen (dvs. dem der har råd til en sundhedsforsikring), men næsten 56 procent af alle midler brugt på sundhedsydelser flyder gennem sektoren (Blecher & Harrison 2006). Omkring 60 procent af alle læger arbejder i den private sundhedssektor, der overvejende befinder sig i byerne, især Johannesburg, Cape Town og Durban. Det gør det svært for den offentlige sektor at rekruttere sundhedspersonale, især til hospitaler og klinikker i yderområder. Kort sagt bliver langt størstedelen af ressourcer i sundhedssystemet brugt af den private sektor til at holde det rige mindretal i byerne raske, mens den fattige majoritet på over 80 procent af befolkningen kæmper om de knappe ressourcer i den offentlige sektor.

Den nye *National Human Resource Plan for Health* (DoH 2006) argumenterer for, at det ikke er mangel på ressourcer, herunder personale, men fordelingen af ressourcer, der er hovedproblemet i sundhedssystemet. Det er uden tvivl korrekt. Desværre understreger det også, hvor svær en opgave regeringen står overfor. Den ulige fordeling af ressourcer i sundhedssektoren er en del af den generelle ulige fordeling af socio-økonomiske ressourcer. En mere lige fordeling af sundhedspersonale vil kræve en massiv flytning af enten personale fra den private til den offentlige sektor eller en massiv flytning af patienter fra den offentlige til den private sektor. Begge dele vil – på kort sigt – kræve regeringsindgreb over for den private sektor. Men den private sundhedssektor har hidtil været stort set ureguleret og har historisk set været i stand til at omgå de fleste regeringsindgreb. Regeringen har simpelthen ikke tidligere haft magt til effektivt at regulere den private sundhedssektor. Det er svært at se, hvorfor den skulle have det nu.

Den nye plan reflekterer dette ved stort set ikke at indeholde indgreb over for det private sundhedssystem. Fokus er den offentlige sektor: mere uddannet sundhedspersonale på alle niveauer, bedre aflønning og arbejdsvilkår i den offentlige sektor og omplacering af uddannelsesinstitutioner fra by til land og til *townships*. Planen lægger ligeledes op til at styrke uddannelsen og anvendelsen af nye typer personale uddannet på mellemniveau for at dæmpe migration – både ud af landet og til den private sektor i byerne. Der skal udbydes flere stipendier til personer fra yderområder og *townships*. Det må antages at gå i retning af det Skeldon (2005) kalder et 'todelt' uddannelsessystem. Modstanden er dog stor blandt de etablerede personalegrupper, og implementeringen har været mangelfuld (Gilson & Erasmus, 2005).

Planen bruger ikke meget plads på omtale af migration af sundhedspersonale. Sydafrika vil først og fremmest lægge vægt på at få flere aftaler mellem eksporterende og importerende lande for at mindske migration af sundhedspersonale. Det er et område, hvor der næsten ikke eksisterer internationalt samarbejde. Ligeledes har villigheden hos importerende lande til at lave bindende aftaler hidtil været ikkeeksisterende. Sydafrika vil også styrke de allerede eksisterende immigrationsbegrænsninger.

## Afrika – et hurtigt vue

En ofte gentaget myte siger, at der arbejder flere læger fra Malawi i Manchester end i Malawi. Det er næppe sandt, men heller ikke helt forkert. Næsten halvdelen af alle læger født i Malawi arbejder sandsynligvis i Storbritannien, og ca. 60 procent af alle læger født i Malawi arbejder i udlandet, mens det samme gælder for 17 procent af alle sygeplejersker. Emigration af sundhedspersonale er således relativt set et stort problem for Malawi. Men emigration er ikke det største problem; det største problem

består i det forsvindende lille antal læger og sygeplejersker fra Malawi: ca. 500 læger og ca. 1.900 sygeplejersker ud af en befolkning på godt 13 millioner (Clemens 2006; World Development Indicators).

Malawi et godt billede på den generelle situation i Afrika: en stor del af et meget lille antal læger og sygeplejersker emigrerer; generelt flere læger end sygeplejersker. I alt arbejder 28 procent eller godt 36.700 af alle afrikanskfødte læger og 11 procent eller godt 53.300 af alle afrikanskfødte sygeplejersker uden for deres oprindelsesland. Dem kunne Afrika godt bruge: stort set alle landene ligger under WHO's minimumsanbefalinger for antallet af læger og sygeplejersker. Men Afrikas største problem er underproduktion, ikke emigration. På den måde ligner situationen i Afrika generelt situationen i Sydafrika. Men situationen er mere ekstrem, og landene er uden de relativt flere ressourcer, Sydafrika har til rådighed.

## Konklusion

To myter om hjerneflugt fra Sydafrikas sundhedssektor kan umiddelbart tilbagevises: Sydafrika importere ikke sundhedspersonale fra andre afrikanske lande, og emigrationen af sydafrikanske læger og sygeplejersker er ikke hovedårsagen til Sydafrikas sundhedskrise.

Der kan derudover drages tre overordnede konklusioner:

1. Migration af sundhedspersonale er sjældent skyld i landes sundhedskriser. Den megen fokus på problemet i sydafrikanske medier skyder åbenlyst over målet. Det har landets regering heldigvis indset. Den har tidligere været hurtig til at hoppe på medievognen og anklage emigration for at være hovedproblemet. Regeringens nuværende retorik og politik på området synes mere afdæmpet og velovervejet. Emigration er langt fra årsagen til Sydafrikas sundhedskrise. Ej heller i det øvrige Afrika kan emigration isoleres som hovedproblemet.
2. Emigration af sundhedspersonale er vanskeligt hvis ikke umuligt at stoppe. Skulle et land nå frem til den konklusion, at det befinder sig i en situation, hvor emigration af sundhedspersonale skader mere end den gavner, synes der at mangle effektive muligheder for indgreb. Det er umådeligt vanskeligt for et land at stoppe emigration, især hvis landet lægger vægt på at være frit og demokratisk. Kapur og McHale (2005) foreslår øget multilateralt samarbejde og et ansættelsesstop for import af sundhedspersonale fra Afrika. To konklusioner kan i den forbindelse drages fra WTO forhandlingerne vedrørende handel: multilateralt samarbejde synes at være i en akut krise, og i-lande kan ikke forventes at gå på kompromis med deres vitale interesser (mangel på sundhedspersonale kan vælte regeringer). At sætte sin lid til, at i-lande vil stoppe med at ansætte afrikansk sundhedspersonale, er naivt.

3. Et udgangspunkt, der tager emigration af sundhedspersonale som en del af løsningen snarere end problemet, har potentiale. Det handelsinspirerede forslag, som te Velde og Grimm (2005) præsenterer, har en indbygget noget for noget-tankegang, som nok tiltaler flere i-lande end den mere altruistiske tankegang, der ofte lægges op til. Og Sydafrika er allerede involveret i den form for midlertidig emigration, der forslås – om end uden aktiv medvirken fra modtagerlandene i form af medfinansiering af kapacitetsopbyggelse. Og kapacitetsopbyggelse er nødvendig, hvis løsningen skal være holdbar – såvel for Sydafrika som – og især – for resten af Afrika. Det ville være ønskeligt, hvis den sydafrikanske regering, som allerede har en mere afbalanceret om end mere defensiv holdning end tidligere, tog et skridt ekstra og adopterede en offensiv rolle i udviklingen af modeller for midlertidig migration som forslået af te Velde og Grimm. Den private sektor er allerede i gang.

*Niels Jon Mortensen er ph.d.-studerende ved DIIS  
og Københavns Universitet*

## Litteratur

- Blecher, M & S. Harrison. 2006. Health Care Financing. In *South African Health Review 2006*, ed. P. Ijumba & A. Padarath. Durban: Health System Trust. [http://www.hst.org.za/uploads/files/chap3\\_06.pdf](http://www.hst.org.za/uploads/files/chap3_06.pdf), 18.02.2007
- Chen, L. C. & J. I. Boufford. 2005. Fatal flows – Doctors on the move. *New England Journal of Medicine* vol. 353, no. 17: 1850-1852
- Clemens, M. A. 2006. *Medical leave: a new database of health professional emigration from Africa*. Global Center for Development, Working Paper Number 95, August
- Department of Health (DoH). 2006. *National Human Resource Plan for Health*. Pretoria: Department of Health
- Dos Santos, M.D. & F. Postel-Vinay. 2003. Migration as a source of growth: the perspective of a developing country. *Journal of Population Economics* vol. 6, no. 1:161-176
- Gilson, L & E. Erasmus. 2005. *Supporting the retention of health resources for health: SADC policy context*. Equinet Discussion Paper No. 26
- JLI, Joint Learning Initiative. 2004. *Human resources for health: overcoming the crisis*. Boston: Harvard University. [http://www.globalhealthtrust.org/report/Human\\_Resources\\_for\\_Health.pdf](http://www.globalhealthtrust.org/report/Human_Resources_for_Health.pdf), 16.02.2007

- Kapur, D. & J. McHale. 2005. *Give us your best and brightest: the global hunt for talent and its impact on the developing world*. Washington D.C.: Center for Global Development
- Lowell, B. L. & A. Findlay. 2002. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Project report for the International Labor Office and the United Kingdom's Department for International Development
- OECD. 2004. The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa. In *Trends in international migration: SOPEMI 2003*. Paris: International Organisation for Economic Co-operation and Development
- Padarath, A., Chamberlain, C., McCoy, D., Ntuli, A., Rowson, M. & Loewenson, R. 2003. *Health personnel in Southern Africa: confronting maldistribution and brain drain*. EQUINET Discussion paper no. 3
- SADC. 2001. Statement by SADC health ministers on recruitment of health personnel by developed countries. Pretoria 9 June 2001. <http://www.doh.gov.za/departments/sadc/docs/pr/pr0609-01.html>, 16.02.2007
- Skeldon, R. 2005. *Globalization, skilled migration and poverty alleviation: brain drains in context*. Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty Working Paper T15. Falmer: University of Sussex
- Sriskandarajah, D. 2005. Migration and development. Paper prepared for the Policy Analysis and Research Programme of the Global Commission on International Migration
- Stark, O. 2005. The new economics of the brain drain. *World Economics* vol. 6, is. 2
- te Welde, D.W. og S. Grimm. 2005. *From brain drain to brain gain: how the WTO can make migration a win-win*. Opinions. London: Overseas Development Institute. [http://www.odi.org.uk/publications/opinions/59\\_labour\\_mobility\\_nov05.pdf](http://www.odi.org.uk/publications/opinions/59_labour_mobility_nov05.pdf), 16.02.2007
- USAID. 2003. *The health sector human resource crises in Africa: an issues paper*. Washington: USAID Bureau for Africa. <http://www.aed.org/ToolsandPublications/upload/healthsector.pdf>, 16.02.2007
- World Bank. 2006. *Medical brain drain: physicians' emigration rates 1991-2004*. Washington: World Bank. [http://siteresources.worldbank.org/INTRES/Resources/DataSetDocquierBhargava\\_Medical\\_BD100306.xls](http://siteresources.worldbank.org/INTRES/Resources/DataSetDocquierBhargava_Medical_BD100306.xls), 16.02.2007



DEN NY VERDEN 2006:3

Niels Jon Mortensen