



Høgskulen  
på Vestlandet

# MASTEROPPGAVE

## Haydom Lutheran Hospital: En Anakronisme?

En undersøkelse av Haydom Lutheran Hospital sitt arbeid for å bli en bærekraftig helseorganisasjon og sykehusets rolle som utviklingsagent.

## Haydom Lutheran Hospital: An Anachronism?

A study of Haydom Lutheran Hospitals work to become a sustainable health organization and the hospitals role as a development agent.

**Ole Martin Ellingsen**

Master i samfunnsfagsdidaktikk

Fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett, Bergen

Veileder: Vibeke Vågenes

Innleveringsdato: 18.05.2020



## Sammendrag

Haydom Lutheran Hospital har levert helsetjenester i et ruralt område i Tanzania siden dets offisielle åpning i 1955. Det ble startet av norske misjonærer og har hele tiden mottatt støtte fra norske myndigheter og andre eksterne donorer. I starten stod misjonen for støtten, men siden 1985 har direktoratet for utviklingssamarbeid (Norad) bidratt med nærmere 300 millioner kr. Nå er målet at sykehuset skal kutte avhengigheten av norsk bistand og med tiden bli en bærekraftig helseorganisasjon i det tanzanianske helsesystemet. Etter mange år med bistand tyder tidligere forskning på at en slik endring er vanskelig

Haydom Lutheran Hospital har ikke bare levert helsetjenester, men har også virket som en utviklingsagent for området rundt sykehuset. En rolle som har vært viktig for dem ettersom sykehusets visjon er «to cater for the whole human being, spiritualy, mentaly, and socialy». Sykehuset har dermed stått i en posisjon hvor de er både mottakere og forvaltere av bistand.

Dette masterprosjektet undersøker arbeidet som gjøres for at sykehuset skal en bærekraftig helseorganisasjon og hvilke barrierer som står i veien for at de skal bli det. Det blir gjort ved å analysere utsagnene til relevante informanter, og informasjon fra dokumenter med hjelp av et tidligere utviklet analyseverktøy. Prosjektet undersøker også på hvilken måte Haydom Lutheran Hospital har vært en utviklingsagent ved å se på både historiske og aktuelle hendelser med perspektiver fra bistands- og utviklingsteori.

Dermed presenterer oppgaven en todelt analyse. Funnene peker på flere måter sykehuset har vært en utviklingsagent for nærområdet, disse innebærer blant annet tilgang til helsetjenester, utdanning, mat og vann. Funnene tyder også på at sykehuset fremdeles er avhengig av norsk bistand. Men sykehuset har tatt store steg mot bærekraftig drift på andre områder. Sykehuset baserer ledelse og stab på nasjonale og lokale menneskelige ressurser i større grad enn før. Til slutt viser jeg at funnene mine peker på at å beholde kvalifisert helsepersonell er en av barrierene de står overfor sammen med at sykehuset stadig utvider tilbudet uten forutsigbar finansiering.

## Abstract

Haydom Lutheran Hospital has provided health services in a rural area of Tanzania since its official opening in 1955. It was started by Norwegian missionaries and has constantly received support from Norwegian government and other external donors. In the beginning, the mission was responsible for the support, but since 1985, the Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad) has contributed almost NOK 300 million. Today the goal for the hospital is to cut its dependence on Norwegian aid and eventually become a long-term sustainable health organization in the Tanzanian health system. After many years of aid, previous research indicates that such a change is difficult to achieve.

Haydom Lutheran Hospital has not only provided health services, it has also acted as a development agent for the area around the hospital. A role that has been important to them as the hospital's vision is "to cater for the whole human being, spiritual, mental and social". The hospital has thus been in a position where they are both recipients and managers of aid.

This thesis examines the work that is being done to make the hospital a sustainable health organization and the barriers that stand in the way of it becoming so. This is done by analyzing the statements of relevant informants, and information from documents with the help of a previously developed analysis tool. The project also examines the way in which Haydom Lutheran Hospital has been a development agent by looking at both historical and current events with perspectives from development aid and development theory.

My findings point to several ways in which the hospital has been a development agent for the local area, these include access to health services, education, food, and water. My findings also indicate that the hospital still is dependent on Norwegian aid. But the hospital has taken great strides towards sustainable operation in other areas. The hospital bases management and staff on national and local human resources to a greater extent than before. Finally, I point out that keeping the qualified staff at the hospital however is one of the barriers they face together with the hospital constantly expanding its offer without predictable future funding.

## Forord

Da jeg begynte på masterstudiet var jeg forberedt på at tiden som kom meg i møte ville være annerledes enn studentlivet jeg var vant til. Men hvor annerledes det skulle vise seg å bli, var jeg ikke forberedt på. Jeg valgte å sikte meg inn på et prosjekt som ville gi meg muligheten til å reise og lære, til å få et innblikk i et liv som er fjernt fra mitt eget og til å oppleve en liten del av en stor diskusjon. En diskusjon vi i ser politikken, på TV og i avisene. Men så ble både livet og masterprosjektet snudd på hodet, og det er takket være mange herlige mennesker at det har blitt noe som helst ut av dette prosjektet.

Først og fremst må jeg takke min veileder Vibeke Vågenes. Hun har sørget for at jeg har fått tilbake troen på at dette blir noe, like mange ganger som jeg har mistet den. Ved mang en anledning har jeg møtt opp til veiledning med masse spørsmål og dårlig mot, og gått derfra med bedre spørsmål og godt mot.

Jeg må også takke familien min, Knut, Tonje, Øystein, Matilde, Alfred, Ole og farmor og farfar, for at dere har oppmuntret og støttet meg underveis. En særlig takk må rettes mot min mor Borghild for å ha lest iherdig og eldstebror Nicolai for gode tips underveis.

Min kjære samboer Margrete, som har stått i samme situasjon som meg har også vært til god hjelp. Hun har vært en jeg har kunnet dele tanker og sparre med angående mang en utfordring underveis.

Til slutt vil jeg takke alle medstudenter. Dere har vært helt essensielle i denne perioden. Dere har sørget for et godt faglig miljø og dere har alltid møtt godt forberedt til seminarene vi har hatt. Enda viktigere har dere klart å vedlikeholde det gode fellesskapet. Vinlotteriene på skolen, kakebakingen og det generelle sosiale samværet som til tider har okkupert halve etasjen i K2 på grunn det sterke oppmøte og dedikasjon til meteren.

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>IV</b>
<b>FIGURER</b> .....	<b>IV</b>
<b>TABELLER</b> .....	<b>VII</b>
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 OVERORDNET TEMA .....	1
1.1.1 Valg av Case .....	2
1.2 PROBLEMSTILLINGER .....	3
1.3 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG CASE.....	3
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR .....	5
<b>2 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>6</b>
2.1 BISTAND.....	6
2.2 INTERNE UTFORDRINGER ELLER YTRE FAKTORER? UTVIKLINGSTEORI.....	7
2.2.1 Moderniseringsskolen .....	8
2.2.2 Avhengighetsskolen .....	8
2.3 BISTAND I ENDRING .....	9
2.3.1 Fra det tradisjonelle til det moderne.....	9
2.3.2 Kritikk og krav fra Sør .....	10
2.3.3 Første generasjons kondisjonalitet – liberalisering av markedet .....	10
2.3.4 Andre generasjons kondisjonalitet – godt styresett.....	10
2.3.5 En ny måte å tenke bistand på.....	11
2.4 BÆREKRAFTIG UTVIKLING.....	12
2.4.1 Bærekraftsmålene.....	14
2.5 BISTANDSAVHENGIGHET .....	16
2.6 TROSBASERTE HELSEFORETAK .....	17
2.7 BÆREKRAFTIGE HELSEORGANISASJONER .....	21
2.8 ANALYSEVERKTØY OG RAMMEVERK FOR BÆREKRAFTIGE HELSEORGANISASJONER .....	23
<b>3 TANZANIA</b> .....	<b>26</b>
3.1 ØKONOMISK VEKST .....	27
3.2 HELSESEKTOREN I TANZANIA.....	27
3.3 HEALTH SECTOR STRATEGIC PLAN .....	29
<b>4 METODE</b> .....	<b>32</b>
4.1 FORSKNINGSDESIGN .....	32
4.2 CASESTUDIE .....	33
4.3 UTVIKLINGEN AV FORSKNINGSPROSJEKTET .....	34
4.4 DATAINNSAMLING.....	34
4.4.1 Kvalitative intervju.....	34
4.4.2 Forberedelser og gjennomføring av intervjuer.....	35
4.4.3 Utvalg av informanter.....	36
4.4.4 Dokumentanalyse .....	37
4.4.5 Valg av dokumenter.....	38
4.4.6 Bearbeide innsamlet datamateriale.....	39
4.5 DATAKVALITET .....	40
4.5.1 Troverdighet og Gyldighet .....	41
4.5.2 Troverdighet.....	41
4.5.3 Gyldighet.....	41
4.5.4 Intervju.....	42
4.5.5 Refleksivitet .....	43
4.6 ETISKE HENSYN .....	44

<b>5</b>	<b>ANALYSE: HAYDOM LUTHERAN HOSPITAL, EN UTVIKLINGSAGENT? .....</b>	<b>45</b>
5.1	VED FOTEN AV ET FJELL .....	46
5.2	TIDSLINJE .....	47
5.3	DEN FØRSTE DR. OLSEN .....	47
5.4	EN STERK LEDER.....	48
5.5	FRIGJØRING, NYE EIERE, NYERERE OG UJAMAA .....	51
5.6	SYKEPLEIERSKOLEN .....	52
5.7	HLH SOM UTVIKLINGSAGENT .....	53
5.7.1	<i>Helse for utvikling</i> .....	54
5.7.2	<i>Infrastruktur</i> .....	55
5.7.3	<i>Utvikling av lokalsamfunnet</i> .....	55
5.7.4	<i>Nødhjelp</i> .....	58
5.8	ANAKRONISMEN HAYDOM LUTHERAN HOSPITAL .....	58
<b>6</b>	<b>ANALYSE: HAYDOM LUTHERAN HOSPITAL, EN BÆREKRAFTIG HELSEORGANISASJON? .....</b>	<b>62</b>
6.1	KONTEKSTUELLE FAKTORER .....	63
6.1.1	<i>Input fra tanzanianske myndigheter</i> .....	63
6.1.2	<i>Pasientbetaling</i> .....	67
6.1.3	<i>Sykehusets rolle i lokalsamfunnet</i> .....	69
6.1.4	<i>Input fra eksterne donorer</i> .....	70
6.1.5	<i>Single National Health Insurance</i> .....	73
6.1.6	<i>Samlende tanker om de kontekstuelle faktorene</i> .....	74
6.2	AKTIVITETSPROFIL .....	75
6.2.1	<i>Tilbud</i> .....	75
6.2.2	<i>Antall pasienter</i> .....	76
6.2.3	<i>Mor/barn tjenester</i> .....	78
6.2.4	<i>Vertikale programmer</i> .....	79
6.2.5	<i>Kvalitet på tilbud</i> .....	79
6.2.6	<i>Forskning ved HLH</i> .....	80
6.2.7	<i>Utviklingsagent</i> .....	81
6.2.8	<i>Samlende tanker om aktivitetsprofilen</i> .....	81
6.3	ORGANISATORISK KAPASITET.....	82
6.3.1	<i>Framtidig finansiering</i> .....	83
6.3.2	<i>Ressursmobilisering</i> .....	85
6.3.3	<i>Framtidsplaner</i> .....	86
6.3.4	<i>Kapasitetsbygging</i> .....	87
6.3.5	<i>Nasjonalisering</i> .....	89
6.3.6	<i>Samlende tanker om sykehusets organisatoriske kapasitet</i> .....	90
<b>7</b>	<b>OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER .....</b>	<b>92</b>
7.1	TANKER OM VIDERE UNDERSØKELSER.....	96
<b>8</b>	<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>98</b>

## Figurer

Figur 1: Kart over Tanzania .....	2
Figur 2: Bærekraftig utvikling.....	13
Figur 3: FNs bærekraftsmål.....	15
Figur 4: Bærekraftig drift av helseorganisasjoner .....	25
Figur 5: Oppbygging av tanzaniansk helsesystem .....	28
Figur 6: Inntektskilder % .....	64
Figur 7: Pasienttall ved HLH .....	77
Figur 8: Fødsler ved HLH .....	78

## Tabeller

Tabell 1: Innlagte pasienter i forhold til kapasitet, 1996.....	19
Tabell 2: Utvalg av informanter .....	37
Tabell 3: Gebyrer på HLH .....	68



# 1 Innledning

Haydom Lutheran Hospital (HLH) er et sykehus i et ruralt område i Tanzania. I 2019 inngikk sykehuset en avtale med Direktoratet for utviklingssamarbeid og Kirkens Nødhjelp hvor sykehuset over en fireårsperiode vil motta omtrent 53 millioner norske kroner (Norad, Mail). Pengene forvaltes av Kirkens Nødhjelp og går til sykehusdrift og kapasitetsbygging. Avtaleperioden har et overordnet mål, å redusere avhengigheten av norsk støtte. Dette masterprosjektet undersøker forutsetningene Haydom Lutheran Hospital har for å bli en bærekraftig helseorganisasjon, et begrep som innebærer mer enn bare økonomisk uavhengighet. For å undersøke dette har jeg sett sykehusets spesielle historie og utviklingen som har funnet sted i dette rurale området relevant. Og i den forbindelse sykehusets rolle som en utviklingsagent. Ettersom sykehuset har mottatt bistand fra ulike parter i over 65 år har jeg også funnet det relevant å gi et lite innblikk i bistands- og utviklingsteori som et rammeverk for oppgaven.

## 1.1 Overordnet tema

I 2018 ga de rike OECD-landene en samlet sum på 153 milliarder dollar til utviklingsformål globalt (Rønning, 2019). Norge ga i 2019 37,8 milliarder kr til utviklingsformål, 1,02% av landets brutto nasjonalinntekt (BNI), disse midlene ble fordelt på mange sektorer, mange land og flere store organisasjoner (NORAD, 2020a). Tanzania har siden oppstarten av samarbeidet i 1962 vært et sentralt samarbeidsland for norsk utviklingssamarbeid. Det var lenge det største mottakerlandet, og i 2019 bistod Norge med 411 millioner kr. En av grunnene til dette er at landet er et av de mest politisk stabile i Afrika (Norad, 2020b). På tross av dette er Tanzania et fattig land, en situasjon de ikke er alene om. Selv om flere hundre milliarder dollar (ulike kilder peker på ulike tall) har blitt overført fra rike land til det afrikanske kontinentet siden 1960-tallet, har økonomisk vekst uteblitt for mange nasjoner (Cai, Zheng, Hu, Pray & Shao, 2018).

Dette har ført til at bistandsfeltet er objekt for mange meninger og store mengder forskning. Økonomen Dambisa Moyo maler et helsvart bilde av bistand og mener at hele konseptet må avvikles for å få til reel utvikling. Dette stemmer ikke overens med bildet jeg har vokst opp med i Norge. Tv-aksjonen, Operasjon Dagsverk, politikeres store ord om solidaritet og hjelpe dem som har mindre enn oss, er alle eksempler på bekræftelsene jeg har fått på det gode med bistand. Nylig så jeg livesendingen til bistandsaktuelt på Facebook «tallsomteller», hvor

utviklingsministeren snakket om hvor flott det var å se at både den globale og nasjonale bistanden hadde økt i et år preget av en pandemi (2020). Bistandspengene går som nevnt til ulike land og organisasjoner som driver utallige prosjekter og programmer som skal føre til utvikling eller forbedre levekår.

### 1.1.1 Valg av Case

Da jeg leste Moyo sin framstilling av bistand tenkte jeg på min egen mor. Da jeg var ganske ung husker jeg hun satt og strikket små sokker og luer fordi hun skulle til Haydom. Barna som ble født ved Haydom Lutheran Hospital måtte holdes varme, for da kunne de bruke all energien sin på å vokse og leve. Er det også bistand? Haydom Lutheran Hospital ble startet på 1950-tallet av norske misjonærer og er i dag et regionalt referansesykehus i Manyara-regionen i Mbulu-distriktet i Tanzania. Med sine 420 sengeplasser tilbyr sykehuset helsetjenester til nesten en million mennesker i området det opererer (Hospital, 2017). Det har helt fra starten fått støtte fra eksterne givere, og sykehuset mottok i en periode fra 1985-2015 214 millioner kr fra norske myndigheter (Norad, Mail). I løpet av denne tiden har de også mottatt støtte fra andre frivillige organisasjoner fra blant annet Norge. Denne støtten har vært både økonomisk, materiell og medisinsk kompetanse, samt kompetanse innen økonomi og ledelse. Det har med tiden blitt et samarbeidssykehus for flere norske sykehus, og forskning og kompetanseutveksling har dermed blitt en sentral del av forholdet. I 2017 tok sykehuset seg av 12,635 innlagte pasienter, over 100 000 polikliniske konsultasjoner, og de utførte over 3000 operasjoner (Svanemyr & Mollel, 2018).



Sykehuset ligger i Mbulu-distriktet i Manyara-regionen merket med blått.

Nærmeste urbane sentrum er Arusha by merket med rødt.

Figur 1: Kart over Tanzania

(TUBS, 2012)

I dag kalles dette gammeldags bistand. Haydom Lutheran Hospital er en anakronisme, en overlevning fra en annen tid (Enes, 2004, s. 181). Paris erklæringen for bistandseffektivitet (OECD, 2005) fokuserer i stor grad på at bilateral bistand (bistand som kanaliseres direkte mellom to land) skal gis til sektorvide programmer i samarbeid med mottakernasjonen og ikke enkeltprosjekter, det vil si at midlene for eksempel skal gis til helsesektoren i Tanzania. Deretter skal landet selv forvalte midlene slik de ser det mest hensiktsmessig. Mens i den multilaterale bistanden (flere land er involvert) skal midlene samkjøres gjennom store organisasjoner som verdens helseorganisasjon (WHO) eller FN. Bistandsmidlene skal bidra til å styrke strukturer og løfte hele sektorer. Det stilles også spørsmål ved det lange bistandsforholdet mellom Norge og HLH, og sykehusets sterke behov for norsk finansiering. I 2015 ble det derfor inngått en avtale om fire-årig støtte, kalt et grant, som skulle redusere avhengigheten av norsk bistand. Kirkens Nødhjelp (KN) overtok ansvaret som grant-manager fra den norske Ambassaden ettersom de skulle ha færre «hands-on grants». Det vil si at KN's avdeling i Tanzania forvalter pengene fra Norad.

## 1.2 Problemstillinger

På bakgrunn av det ovennevnte har jeg tatt utgangspunkt i følgende problemstillinger:

*På hvilke måter har Haydom Lutheran Hospital vært en utviklingsagent?*

*På hvilke måter arbeider Haydom Lutheran Hospital for å nå målet om å bli en bærekraftig helseorganisasjon, og hvilke barrierer står de overfor?*

## 1.3 Bakgrunn for valg av tema og case

Da jeg valgte globale studier som retning på høyskolen, gjorde jeg det i stor grad på grunn av min interesse for reise og andre kulturer. Jeg tenkte at jeg var reflektert, og at jeg var klar over den ujevne fordelingen av ressurser i verden. Bistand var et virkemiddel jeg stilte meg bak og jeg tenkte til stadighet at vi som har så mye må dele med de som har mindre. Dette var et syn som ble utfordret og diskutert i løpet av året med globale studier. Retorikken og utførelsen, alt skulle diskuteres og jeg ble stilt spørsmål jeg ikke hadde tenkt over før. Bevisstheten om at noe må gjøres vokste, men hva som må gjøres og hvordan det skal gjøres, skjønnte jeg var mye mer komplekst enn jeg hadde for meg. Begreper som bistandsavhengighet og underutvikling utfordret mitt «naive» syn på «den gode jobben vi gjør». Disse tankene kulminerte med den

nevnte boken «Dead Aid» av Dambisa Moyo. I boken svartmaler hun bistandskonseptet og argumenterer ikke bare for at bistand ikke har fungert for Afrika, men at det har vært direkte ødeleggende og i stor grad har ført til underutvikling. Bistand må avvikles og den eneste formen for bistand som kan tolereres, er nødhjelp ved kriser.

Støtten Haydom Lutheran Hospital har fått kategoriseres som bistand, og jeg fant det interessant å undersøke arbeidet som gjøres for å gå fra avhengighet til bærekraft. Er Moyo sitt syn på bistand også relevant her? Har den langvarige støtten skapt et forhold sykehuset ikke kan komme seg ut av og lagt ett grunnlag hvor Tanzanianere på et vis sitter som tapere. Spørsmålene er kompliserte og størstedelen av forskningen er enig med meg. Uttalelser som «bistand fungerer ikke» er ikke holdbare, men det er heller ikke «bistand fikser alle problemer». Dette er kompliserte spørsmål og de virkelig viktige spørsmålene er "Hva fungerer? Hva fungerer ikke? Hva kan gjøres bedre?". For å svare på dette kreves forskning på de store helhetsbildene, men det kreves også at man snevrer inn og ser på enkelte eksempler, for uten de er det ikke noe helhetsbilde.

Bærekraftsmål nr. 3 er «God helse og livskvalitet: sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» (Regjeringen, 2020). Det er vel akkurat det et prosjekt som Haydom Lutheran Hospital driver med, dette sykehuset i rurale Tanzania som tar vare på de som ikke har andre sykehus å gå til. Jeg kommer fra Sørlandet og jeg har visst om Haydom Lutheran Hospital hele mitt liv, men det er viktig å presisere at jeg ikke har noe nærere forhold til sykehuset enn kjennskap om det. HLH ble casen for dette prosjektet fordi jeg tenkte at sykehuset ville representere mange aspekter ved bistand på grunn av dets lange historie og at det ville være god tilgang til felten og informanter.

## 1.4 Oppgavens struktur

**Kapittel 1** presenterer prosjektets overordnede tema, casen som undersøkes og problemstillingene. Det gir også litt bakgrunn for valg av temaet.

**Kapittel 2** presenterer et teoretisk rammeverk for oppgaven. Utvikling og bistandsteori, utfordringer misjon-/trosbaserte- sykehus har og et analytisk rammeverk som grunnlag for analysen.

**Kapittel 3** presenterer relevant informasjon og viktige dokumenter fra det tanzanianske helsesystemet.

**Kapittel 4** forklarer og begrunner mine metodiske valg.

**Kapittel 5** introduserer sykehusets historie og dets rolle som utviklingsagent.

**Kapittel 6** presenterer de empiriske funnene og kobler disse opp mot begrepene som ble introdusert i kapittel to.

**Kapittel 7** oppsummerer funnene og presenterer noen avsluttende refleksjoner om videre forskning.

## 2 Teoretisk rammeverk

Denne oppgaven Berører et allerede bredt forskningsfelt. Antallet bistandsstudier og/eller utviklingsstudier har økt kraftig i Norge de siste 30 årene. Hovedvekten av studiene har hatt som mål å finne ut av hvordan bistandsarbeid best drives for å skape utvikling (Balsvik, 2016, s. 11). Men det er ikke bare i Norge forskningsfeltet har vokst, i hele verden har akademikere i lang tid kommet med forskjellige teorier for hvordan man skaper utvikling og forklaringer på hvorfor utvikling har uteblitt. For å sette masterprosjektet inn i en større kontekst er det relevant med en oversikt over de store linjene i forskningsfeltet. Men det er også relevant for å forstå HLH sin historie, nåværende situasjon og framtid. HLH startet som et misjonsprosjekt hvor både helse og evangelisering var målområder, mens det i dag er et bistandsprosjekt som har mottatt flere hundre millioner kroner fra den norske stat de siste 35 årene. En oversikt over ulike teorier om hva utvikling er og hva som skaper den blir et viktig rammeverk ettersom HLH er et bistandsprosjekt og målet for bistand er å skape utvikling. Dette gir meg også noen perspektiver for å diskutere utviklingen Haydom har sett i løpet av sykehusets historie. Jeg vil også presentere litteratur som er relevant for min andre problemstilling. Denne peker på viktige momenter i bærekraftig drift av helseorganisasjoner og trosbaserte helseforetaks rolle i det tanzanianske helsesystemet. Dermed blir det teoretiske rammeverket for oppgaven todelt. 2.1 til 2.6 belyser bistand og utvikling, mens 2.6 til 2.8 presenterer sentrale poeng og verktøy som er relevant for min analyse av HLH sitt arbeid mot å bli en bærekraftig helseorganisasjon og noen av barrierene de står overfor.

### 2.1 Bistand

For å definere bistand har jeg valgt å fokusere på det den norske stat ser som viktige verdier og mål med bistanden, ettersom det er det mest sentrale for dette prosjektet. Norsk utviklingspolitikk er sterkt preget av internasjonale strømninger og blir i stor grad veiledet av bærekraftsmålene som jeg tar opp i 2.4.1. På Norad sine nettsider kan man lese «om bistand» og her viser de til «norsk utviklingspolitikk». «Utviklingspolitikken skal bidra til økt demokratisering, vektlegging av de universelle menneskerettighetene og støtte tiltak som kan bringe mennesker varig ut av fattigdom.» (Norad, 2018). Og hos utenriksdepartementet står det følgende om utviklingssamarbeid:

Bærekraftsmålene og 2030-agendaen danner plattform for utviklingspolitikken. Alle land har et felles ansvar for å bidra til en fredelig og rettferdig verden der ekstrem fattigdom er historie. Regjeringens bistandsinnsats konsentreres om følgende:

Utdanning, humanitær bistand, helse, næringsutvikling og jobbskaping, klima, miljø og bærekraftig energi. I tillegg er arbeidet for menneskerettigheter, klima og miljø, kvinner, likestilling og antikorrupsjon tverrgående hensyn i bistanden. (Regjeringen, 2021)

For å nå målet, som er å fremme utvikling, blir støtte som økonomiske midler, materielle goder eller teknologi og kunnskap/ferdigheter overført gjennom ulike kanaler. Det er hovedsakelig snakk om tre ulike kanaler for slike overføringer. Den bilaterale kanalen går mellom to stater og er overføringer fra den ene til den andre. Den multilaterale kanalen er flersidig, og mange stater overfører midler til store organisasjoner som verdensbanken eller særorganisasjoner i FN som WHO og UNICEF, som så forvalter midlene. Den siste kanalen går utenfor det statlige. Dette er private organisasjoner som driver utviklingsarbeid som for eksempel Kirkens Nødhjelp og Redd Barna. Slike organisasjoner blir kalt NGO (Non-Governmental Organisations). Men også disse organisasjonene kan forvalte statens penger (Smukkestad, 2008, s. 24).

I min oppgave har jeg valgt å bruke begrepet bistand og ikke utviklings samarbeid om prosessen med å overføre midler, det være seg økonomiske, materialistiske eller kunnskapsbaserte, nettopp for å skille mellom verktøyet og målet. Bistand blir dermed overføring av midler for å fremme utvikling. Men hva som fremmer utvikling best og hvilken utvikling som er ønskelig er, som videre lesning peker på, vanskelig å si. Selv om dette prosjektet ikke søker å svare på hva som er «god» bistand er det relevante refleksjoner ettersom prosjektet søker å forstå forutsetningene for bærekraftig drift for en helseorganisasjon som også er et bistandsprosjekt og dermed en del av den diskusjonen.

## 2.2 Interne utfordringer eller ytre faktorer? Utviklingsteori

Utviklingsstudier som akademisk felt har vokst i takt med bistandsfeltet, og hovedformålet er å finne ut av hvordan en skaper utvikling best mulig. Diskusjonene rundt dette har i stor grad handlet om det indre og det ytre. Er det utfordringer innad eller er det ytre forhold som er årsakene til fattigdomsproblemer i utviklingsland. De rådene utviklingsteoriene har endret seg gjennom bistandens historie, men har i stor grad vært dominert av økonomer. Jeg vil derfor ikke drøfte disse teoriene i dybden, men kortfattet presentere noen utvalgte hovedtanker. Dette har jeg valgt å gjøre ettersom HLH har vært en del av og navigert i dette bistandslandskapet i flere tiår, og det vil være relevant med en oversikt over noen av de ulike teoriene som kontekst.

### 2.2.1 Moderniseringsskolen

Bistand slik vi kjenner den i dag tok form etter 2. verdenskrig. Store deler av Europa var herjet av krigshandlingene og USA sin ERP (European Recovery Plan) ble redningen for mange nasjoner. Marshallhjelpen, som den er bedre kjent som, ble en stor suksess, og det meste av Europa kom seg fort på beina igjen. Tankene om at kapitaltilførsel og industrialisering også ville føre til utvikling i fattige land ble kalt moderniseringsskolen. I denne tilnærmingen til utvikling var det ikke noe særskilt fokus på de fattige. Hvis industrialiseringen kom i gang, ville man med tiden se en «trickle down»-effekt som også ville være til fordel for selv de fattigste i samfunnet. «Trickle down»-effekten er tanken om at man vil se ringvirkninger av for eksempel fabrikkutbygging nedover i samfunnet. Flere mennesker vil få lønnet arbeid, som igjen vil øke handel og forbruk av andre servicetjenester. Fokuset var ikke på forholdene rik og fattig, men heller på forholdet tradisjonelt samfunn og moderne samfunn. Det tradisjonelle måtte bli det moderne, og dette skulle skje gjennom en industrialiseringsprosess lignende den Europa hadde gjennomgått på 1800-tallet. Når de fattige landene begynte å produsere varer til verdensmarkedet, ville dette bringe inn nok utenlandsk valuta til å videreføre utviklingsprosessen (Bull, 2006, s. 30-31).

### 2.2.2 Avhengighetsskolen

Så tidlig som på slutten av 50- og starten 60-tallet begynte det å dukke opp noen økonomer som kritiserte vekstteoriene som dominerte bistanden. Denne skepsisen til den globale kapitalismen hadde røtter i marxistisk tenkning. Disse økonomene var opptatt av strukturene i verdensmarkedet og vesensforskjellen i de økonomiske aspektene ved utvinning av råvarer og produksjon av industrivarer. Ettersom fattige land i hovedsak drev med utvinning og eksport av råvarer og produserte lite industrialiserte varer, måtte slike varer importeres. Ved å selge råvarer øker kjøpekraften i landet, og som en konsekvens av det øker etterspørselen etter importvarer. Større inntekt fører til at en mindre andel av inntekten blir brukt på mat og det mest nødvendige. Prisen på ferdige varer justeres i større grad etter etterspørsel enn råvarene i seg selv og vil derfor føre til at midlene brukt på import øker fortere enn midlene man tjener inn på eksport (Smukkestad, 2008, s. 70-74).

Disse tankene ble videreført og kulminerte i det som har blitt kalt avhengighetsteori. Den økonomiske veksten i utviklingslandene blir ikke bare hemmet, men direkte underutviklet. Avhengighetsteori blir dermed teori om underutvikling, og hovedtanken er at utvikling i nord



og underutvikling i sør er to sider av samme sak; det globale kapitalistiske systemet. Løsrivelse fra dette systemet er dermed en forutsetning for at underutviklingen kan stoppes. Men en slik løsrivelse er komplisert ettersom utviklingslandene er avhengige av industrivarer fra de samme landene de eksporterer råvarer til (Smukkestad, 2008, s. 77-83). Det har vært mange ulike nyanser ved disse teoriene samt andre teorier som har påvirket bistandsarbeid.

## 2.3 Bistand i endring

Som en følge av de ulike teoriene for hva som skaper utvikling har bistand kommet i mange ulike former siden 1950-tallet. I dette kapitlet presenteres noen av hovedretningene i det globale bistandsarbeidet siden oppstarten.

### 2.3.1 Fra det tradisjonelle til det moderne

I årene etter andre verdenskrig ble Europa mer og mer polarisert med USA og Sovjetunionen som påvirkningskraft. Det vokste fram et delt verdensbilde hvor USA og deres samarbeidsland ble benevnt som den første verden, og Sovjetunionen og deres samarbeidsland fikk benevnelsen den andre verden. Det tok ikke lang tid før denne polariseringen spredte seg til hele kloden, og bistanden ble et verktøy for å fremme sin egen ideologi. Utvikling på denne tiden ble som nevnt i kapittel 2.2.1 sett på som modernisering og industrialisering. Walter W. Rostow var en av de mest innflytelsesrike moderniserings-teoretikerne på denne tiden og hans verk «The Stages of Economic Growth: A Non-communist Manifesto» (1960) presenterte fem universelle faser alle land hadde gått gjennom eller måtte gjennom for økonomisk vekst. Fra det tradisjonelle samfunnet gjennom et «take-off»-stadium, til de etter hvert nådde det moderne «ultimate» samfunnet. Rostow pekte på USA som det nærmeste man kom denne oppnåelsen av alle verdens nasjoner. Han mente også at dette var en naturlig prosess, men at den kan bli påvirket av ytre faktorer. Eksempelvis rike land som introduserer fattige land for moderne produksjon og gir dem økonomiske midler til å nå «take-off» stadiet. Dette var i stor grad det som ble forsøkt i prosjektene som ble satt i gang i bistandens begynnelse og derfor var bistand lett å definere den gang. Rike land hjalp fattige land med å få i gang en industrialiseringsprosess, som så skulle føre landet inn på en lignende sti som de landene som var industrialiserte (Nustad, 2006, s. 232-234).

### 2.3.2 Kritikk og krav fra Sør

Utover 60- og 70-tallet dukket det opp mer og mer kritikk av den rådende måten å drive bistand på. Denne kritikken presenterte jeg i kapittel 2.2.2 og løsningen på dette ble for de mest radikale teoretikerne at man måtte trekke seg helt ut av det globale markedet. Denne radikale kritikken førte til en endret forståelse av bistandsarbeid blant flere og påvirket dermed den generelle oppfattelsen av arbeidet. Flere nylig uavhengige stater samlet seg, den såkalte G-77, og fremmet krav om endringer i FNs generalforsamling i 1974. Kravene om endring gikk på nasjonal kontroll over naturressurser, bedre tilgang til globale markeder for fattige land og mer stabile og bedre priser på råmaterialer blant annet. Dette møtet og disse kravene påvirket bistandspolitikken i noen rike land og politikere begynte å bruke begreper som «fair-trade». Dette resulterte i så måte på et større fokus på sammenhengen mellom økonomiske problemer og ytre relasjoner (Nustad, 2006, s. 234-236).

### 2.3.3 Første generasjons kondisjonalitet – liberalisering av markedet

På 80-tallet kom det en endring i internasjonal bistandspolitikk. Etter avhengighetsteoretikerne hadde understreket viktigheten av ytre faktorer i utviklingsdebatten rettet søkelyset seg igjen mot indre faktorer på 80-tallet. Der hvor avhengighetsteoretikerne hadde satt fattige stater i et misforhold til rike stater, ble nå folket i fattige stater satt i et misforhold til staten, hvor staten var den som utnyttet folket sitt. Dermed fulgte kondisjonaliteten. Bistanden skulle fortsette, men mottakerland måtte oppfylle krav. Disse ble kalt SAP (Structural Adjustment Programmes) og var et resultat av fremveksten av neo-liberalismen. Kravene gikk dermed ofte ut på at staten skulle kutte offentlige utgifter slik at et privatisert marked kunne vokse fram (Nustad, 2006, s. 236-237).

### 2.3.4 Andre generasjons kondisjonalitet – godt styresett

Over viste jeg til det som ble kalt første generasjons kondisjonalitet, og andre generasjons kondisjonalitet fulgte straks etter. Dette var i større grad en tanke om at kravene som blir stilt ikke bare må gå på det økonomiske, men de må også omfavne det politiske. «Good governance» eller godt styresett ble benevnelsen, og målet var økt demokratisering og styrkede stater (Nustad, 2006, s. 237). Smukkestad (2008) spesifiserer at godt styresett handler om folkelig deltakelse, styrking av offentlige institusjoner og administrativ kapasitet. Han peker på disse som positive sider ved kondisjonaliteten, men at det ikke var eller er en problemfri tilnærming.

Det at visse betingelser ble satt for å få bistand er en ordning hvor belønning av de «flinke» og straff av de «dårlige» er i fokus. Og det globale Nord dikterer hvem som er flinke og dårlige.

### 2.3.5 En ny måte å tenke bistand på

Som vist er mange av de strategiene som har blitt brukt reaksjoner og motreaksjoner på tidligere strategier. Kritikk av bistand har alltid vært utbredt, og med kritikken har det vokst fram alternativer til tidligere strategier. Den tredje utviklingsvei er et begrep som tar for seg en ny tenkemåte i bistand. Her mente man at man måtte vende vekk fra et forholdsvis ensformig fokus på statsbygging, økonomisk vekst og industrialisering. Man skulle ikke lengre se «top-down», men «bottom-up». Det var på tide å fremme det lokale samfunnet, og gi individer verktøyene de trengte for å slå seg opp og ut av fattigdom selv. Den tredje utviklingsvei er mer en tenkemåte enn et sett med strategier, men det har utviklet seg strategier og metoder med denne ideen som utgangspunkt. En slik strategi er mikrofinansiering og tilbud av smålån til lokale bedriftseiere i fattige områder. Tanken på å gi mennesker muligheten til å komme seg ut av fattigdom på egenhånd er sentral. Begreper som «empowerment», «Self-reliance» og sivil samfunn står altså sterkt (Smukkestad, 2008, s. 201-208).

Empowerment er et begrep vi ikke har noen god oversettelse for på norsk og er derfor begrepet jeg vil bruke i min oppgave. Verdensbanken definerer det slik: «Empowerment is the expansion of assets and capabilities of poor people to participate in, negotiate with, influence, control, and hold accountable institutions that affect their lives.» (World Bank, 2002, s. 14). Det handler altså om å gi fattige bedre muligheter til å påvirke egne liv. Allerede i 1990 slo UNDP (United Nations Development Programme) fast at man trengte en ny måte å måle utvikling på. BNP (Brutto Nasjonal Produkt) per hode var ikke en nøyaktig måling av utvikling. Dermed lanserte de HDI, Human Development Index. Indeksen for menneskelig utvikling målte både forventet levealder (helse), lesekyndighet (utdanning) og BNP per hode (økonomisk vekst) (Smukkestad, 2008, s. 28-29). Ut fra dette vokste tanken om empowerment fram på midten av 90-tallet og er dermed basert på en bredere forståelse av fattigdomsbegrepet enn bare en økonomisk. Fattigdomsbegrepet omfavnet nå også tilgangen på muligheter (utdanning og helse, så vel som økonomiske), sikkerhet (sannsynligheten for å oppleve og hvor hardt en opplever traumer, samt evnen til å håndtere disse) og «Empowerment» (tilgang og kontroll over lokale ressurser, offentlige tjenester, demokratisk innflytelse også videre). Dermed ble det flere måter å tilnærme seg fattigdomsproblemet (Banik, 2006, s. 84-86).

Det er tydelig at forståelsen for hva som skaper utvikling har endret seg. Fra nesten utelukkende være opptatt av økonomisk vekst gjennom industrialisering og modernisering er det i dag flere viktige momenter. Allerede på 70-tallet begynte også en annen tenkemåte å ta form, en ide om at utviklingen vi jager ikke må gå utover kloden vi lever på.

## 2.4 Bærekraftig utvikling

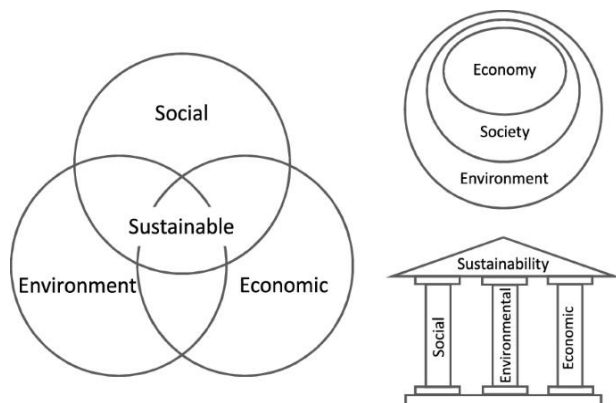
Begrepet bærekraft ble opprinnelig brukt i skogbruk. I middelalderen var de sentraleuropeiske skogene blitt så hardt rammet av skogshogst at det måtte innføres begrensninger. Regler som sa at den årlige hogsten ikke måtte overskride den årlige veksten ble innført. Dette ble kalt «sustainable» ettersom framtidige generasjoner ville kunne benytte seg av den samme skogen som nåværende generasjoner benyttet seg av (Flessa, 2001, s. 350). Innen bistand har ideen om bærekraft vært sentralt siden FN-konferansen i Stockholm 1972. Under konferansen for menneskelig miljø, kom de deltagende nasjonene fram til 26 prinsipper hvor prinsipp nr. 1 lyder:

Man has the fundamental right to freedom, equality and adequate conditions of life, in an environment of a quality that permits a life of dignity and well-being, and he bears a solemn responsibility to protect and improve the environment for present and future generations. (United Nations, 1973, s. 4).

Det viser at de var bevisste på at miljøet måtte beskyttes og forvares på en slik måte at fremtidige generasjoner ikke led. Selve begrepet bærekraftig utvikling entret for alvor diskursen med rapporten *Our common future* av «World Commission on Environment and Development», heretter kalt Brundtland kommisjonen (1987). Om bærekraftig utvikling sa kommisjonen: «Humanity has the ability to make development sustainable to ensure that it meets the needs of the present without compromising the ability of future generations to meet their own needs». Denne tankegangen skulle vise seg å bli en bærebjelke i videre bistandsarbeid, og miljø og klima ble for alvor satt på agendaen, men rapporten løftet også begrepet inn i en større sammenheng. Det gjaldt ikke bare hvorvidt vi utnyttet jordens ressurser uansvarlig. Forvaltningen av ressursene vi allerede hadde måtte endres, teknologiske framskritt måtte rettes mot en framtid i endring og ikke en konstant nåtid, og investeringer måtte gjøres på en slik måte at avkastningene «rettferdiggjorde» ressursbruk. For eksempel ved å investere i forskning på alternativ energi med pengene tjent på fossile energikilder.

Etter dette har begrepet blitt mer og mer sentralt og det spenner seg over større og større deler av bistands- og utviklingsfeltet. Over tid har det utviklet seg en forståelse av at bærekraftig

utvikling består av tre hovedområder som må flettes sammen: økonomisk vekst, sosialt liv og miljø og klima (se figur 2) (Purvis, Mao & Robinson, 2019, s. 681-682).



*Figur 2: Bærekraftig utvikling*

(Purvis et al., 2019, s. 682)

Litt som den tredje utviklingsvei er ikke dette et sett med strategier, men en ide, en tanke som er overordnet alle teorier og framgangsmåter. I sin metastudie «Sustainable development: Meaning, history, principles, pillars, and implications for human action: Literature review» presenterer Justice Mensah (2019, s. 2) bærekraftig utvikling som et allestedsnærværende utviklingsparadigme, men på tross av dette mener forfatteren at det er flere uklare aspekter ved konseptet, noe som går utover implikasjonsevnen. Mensah sitt formål er dermed å skape klarere diskursmuligheter, og for å gjøre det poengterer han viktigheten av å definere begrepet.

Definisjonen fra Brundtland-kommisjonen som jeg har nevnt tidligere sier at vi må møte våre behov i dag uten å påvirke mulighetene fremtidige generasjoner har for å møte sine behov. Smukkestad (2013, s. 144) setter særlig søkelys på to forhold i denne definisjonen. Likhet innenfor en generasjon (Intergenerational equity) og likhet mellom generasjoner (intragenerational equity) og poengterer at mellom disse er det en konflikt. Det å dekke hele verdensbefolkningens behov i dag, og det å dekke framtidens befolkning sine behov er det denne definisjonen søker ivarett. I tillegg til disse to forholdene trekker Flessa (2001, s. 350) fram et tredje forhold, «development vs growth». Flessa påpeker at det ikke nødvendigvis er en korrelasjon mellom økonomisk vekst og utvikling, og forklarer dette ved at de fleste økonomiske teorier bestemmer den økonomiske veksten ved en økning i bruttonasjonalproduktet. Det betyr at en nasjon fremmer økonomisk vekst ved å selge

naturressurser utover deres evne til å regenerere. Begrepet utvikling understreker derimot kompleksiteten i et system, altså alle elementene i systemet og forholdene dem imellom. Dermed vil en nasjon som ødelegger naturressursene sine, redusere sin egen kompleksitet og dermed faktisk indusere en negativ utvikling. Konseptet bærekraft krever utvikling i stedet for ren kvantitativ vekst.

Michael Ben-Eli (Ben-Eli, 2015) argumenterer på sin side for at Brundtland-kommisjonen sin definisjon er for vag ettersom det er ufattelig vanskelig om ikke umulig å forutsi framtidige generasjoner sine behov. Han foreslår derfor en definisjon som fokuserer mer på dagens generasjoner og den eksisterende bæreevnen til miljøet/klimaet:

A dynamic equilibrium in the process of interaction between a population and the carrying capacity of its environment such that the population develops to express its full potential without producing irreversible, adverse effects on the carrying capacity of the environment upon which it depends. (Ben-Eli, 2015, s. 3)

Ben-Eli presiserer det at hvert enkelt menneske skal kunne uttrykke sitt fulle potensial uten å påvirke bæreevnen til miljøet det er avhengig av. Han mener derfor ikke å vite noe om framtidens behov, men at det holder å vite om en påvirker dagens miljø og klima. Det mener han vi gjør i dag, vårt store ressursforbruk og avfallsproduksjon overgår jordens produksjons- og absorpsjonsevne. Dermed kan vi på ingen måte si at dagens menneskelige aktiviteter er bærekraftige (Ben-Eli, 2015, s. 3-5).

Ideen bærekraftig utvikling er og vil i hovedsak være en ide om hvordan vi mennesker må angripe dagens utfordringer som fattigdom, sult, ulikhet og så videre uten å ødelegge jorden. Men denne ideen er i høyeste grad overførbar til ulike sektorer, det trenger ikke bare være en overordnet tanke. Dette har jeg spesifisert i kapittel 2.8 og 2.9, hvor jeg presenterer et analyseverktøy for bærekraftige helseorganisasjoner. Men først har jeg valgt å presentere de aktuelle bærekraftsmålene. Disse er det foreløpige resultatet av over 70 år med ulike bistandsstrategier og fokusområder.

#### 2.4.1 Bærekraftsmålene

I 2015 ble *Transforming our world: The 2030 agenda for Sustainable Development* vedtatt. I denne avtalen ratifiserte FN-landene det vi kjenner bedre som bærekraftsmålene. Dette er 17 hovedmål med til sammen 169 undermål som viderefører tusenårsmålene sitt fokus på blant

annet utryddelse av fattigdom, bedre helsetilbud, bedre utdanning for alle og å sikre miljømessig bærekraft (Norad, 2015). For å løse dette lovte FN-landene som ratifiserte denne avtalen å jobbe aktivt mot disse målene. Helt konkret inngår blant annet at de utviklede landene skal gi minst 0,7% av BNI til utviklingsformål. Målene er særlig rettet mot rollen fattigdom spiller som et hinder for bærekraftig utvikling.

This Agenda is a plan of action for people, planet and prosperity. It also seeks to strengthen universal peace in larger freedom. We recognize that eradicating poverty in all its forms and dimensions, including extreme poverty, is the greatest global challenge and an indispensable requirement for sustainable development. (United Nations General Assembly, 2015)

Slik fattigdomsorienteringen kan ha stor innvirkning på driften av et sykehus som HLH ettersom det betjener en veldig fattig populasjon.



Figur 3: FNs bærekraftsmål

(Regjeringen, 2020)

Utenom det generelle fattigdomsfokuset er mål nr. 3 særlig relevant for mitt prosjekt: «God helse og livskvalitet: sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder» (Regjeringen, 2020). Dette konstaterer konsensusen om at helse er viktig for utvikling og dermed legitimeres formålet til prosjekter som HLH. To av delmålene til mål nr. 3 er også spesielt relevante for HLH og dermed mitt prosjekt. Disse er:

3.1) Innen 2030 redusere mødredødeligheten i verden til under 70 per 100.000 levendefødte.

3.2) Innen 2030 få slutt på dødsfall som kan forhindres blant nyfødte og barn under fem år, med et felles mål for alle land om å redusere dødeligheten blant nyfødte til høyst 12 per 1000 levendefødte og til høyst 25 per 1000 levendefødte blant barn under fem år. (Regjeringen, 2020).

I artikkelen «The Imperatives of Sustainable Development» kritiserer Holden, Linnerud og Banister bærekraftsmålene fra 2015. De mener 2030 agendaen har kritiske mangler ettersom den ikke eksplisitt nevner realiteten av klimatiske grenser eller de mulige ulempene ved ubegrenset økonomisk vekst. Det å tilfredsstille behov, fremme rettferdighet og samtidig respektere grensene miljø og klima faktisk har, mener forfatterne er moralske imperativer. Det er handlinger vi mennesker prinsipielt må forholde oss til å gjennomføre. Men de må ses på som noe som representerer begrensninger for menneskelig aktivitet, ikke bare muligheter. Eksempelvis inkluderer dette jakten på økonomisk vekst. Derfor mener forfatterne at bærekraftsmålene er satt på gale premisser ettersom de forsøker å balansere de tre dimensjonene: økonomi, sosiale forhold og miljø (Holden, Linnerud & Banister, 2017). Kritikkk av bistand har eksistert lenge, som for eksempel avhengighetsteori, og kommet i like mange varianter som bistanden selv. For dette prosjektet er det særlig en anmerkning kritikere peker på jeg vil trekke fram.

## 2.5 Bistandsavhengighet

Karl Rolf Pedersen (1999, s. 139) forklarer bistandsavhengighet som et forhold mellom et lands økonomi og bistanden de mottar. Hvis en stor andel av brutto nasjonal produktet hos et gitt land er bistand, har landet stor grad av avhengighet. Men begrepet er dynamisk og så fort bistanden minker, minker også avhengigheten av den. Pedersen argumenterer for at i et slikt tilfelle ville eksporten økt og importen minket, dermed ville skatte- og eksportinntekter vært høyere og importutgiftene mindre. Da vil avhengigheten reduseres i takt med reduksjon av bistands.

Pedersen (1999, s. 139) kommenterer dog at den nasjonale evnen til å gjennomføre aktiviteter kan forringes over tid. I ytterste konsekvens kan det føre til at regjeringen blir mer passive og hvis noe må løses venter de på mer penger istedenfor å lete etter løsninger. Det kan også påvirke følelsen av ansvar overfor befolkningen, det er heller mot donorland ansvarsfølelsen er rettet. Dermed kan det tenkes at hvis bistanden trappes ned, står landet dårligere stilt enn hvis det ikke hadde mottatt bistand i det hele tatt.



Dette synet presenterer også den zambiske økonomen Dambisa Moyo. Moyo har blant annet gjennom boken sin «Dead Aid» malt et helsvart bilde av bistand som konsept. Hun argumenterer for at de voldsomme mengdene bistand har fratatt afrikanere deres stemmer. I dette legger hun at den stødige tilstrømmingen av midler, kunnskap og teknologi gjør mottakeren passiv og stille. Passiv i den forstand at en ikke håndterer problemene som oppstår, men venter på at noen utenfra skal komme og fikse det. Eller at det virkelige ønsket om utvikling uteblir ettersom utvikling vil føre til mindre bistand som igjen vil føre til større ansvar og arbeidsmengde. Når Moyo snakker om at afrikanere mister stemmen sin og blir stille peker hun på at all den kunnskapen bistandsmottakere sitter på forblir taus. Mange år med hjelp og løsninger utenfra har tatt fram dem selvtiliten. Begrepet tar altså for seg mer enn bare en økonomisk avhengighet.

Som Kapittel 2.1 til 2.5 har vist er det vanskelig å si noe sikkert om god bistand. Ulike fremgangsmåter møter ulik kritikk og det har vært mange forskjellige teorier om hva som skaper utvikling i løpet av bistandens historie. Det er med andre ord utrolig vanskelig å si hva som er god bistand, paris erklæringen for bistandseffektivitet (OECD, 2005) kom fram til at bistand burde gå til sektorvide programmer eller gjennom multilaterale kanaler. Den tredje utviklingsvei fremmer viktigheten av «empowerment» mens bærekraftsmålene trekker fram at utvikling i dag ikke må skje på bekostning av mulighetene for framtiden. Det er også tydelig at det ikke lengre er et ensidig fokus på økonomisk vekst for å skape utvikling. Økonomisk vekst spiller fremdeles en viktig rolle, men fra å bli sett på som en forutsetning for forbedring på andre områder blir økonomisk vekst nå også sett på som et resultat av forbedring på andre områder. Ved at bistandsmidler blir investert i for eksempel utdanning og helse øker mulighetene for økonomisk vekst. Bærekraftsmålene er veien FN-landene har blitt enige om å gå for å oppnå utvikling og der er både god helse og utdanning mål. Lenge før den bistanden vi kjenner i dag vokste fram drev misjonsleger med helsefremmende arbeid i mange av verdens land (Flessa, 2005).

## 2.6 Trosbaserte Helseforetak

Private og trosbaserte sykehus er en viktig del av helsetilbudet i Tanzania den dag i dag, og tolv av landets tjuesyv regionale sykehus er trosbaserte ifølge myndighetenes egen oversikt (Ministry Of Health and Social Welfare, 2015, s. 13). I dette kapittelet har jeg sett nærmere på rollen disse sykehusene har i det tanzanianske helsesystemet og utfordringer de møter.

Steffen Flessa (2005, s. 239) argumenterer for trosbaserte helseforetak, særlig kristne, sin rolle i fattigdomsorienteringen (som også var sentral i tusenårsmålene). Han viser til bibelske tekster som setter ivaretagelsen av de fattige som øverste prioritet i alt diakonalt arbeid. Han peker videre på at de syke og skadede er prioritert nesten like høyt. Med både fattige og syke i fokus for diakonalt arbeid, er grunnlaget for legemisjonen sterkt. Den norske kirke sier at

Diakonien ynskjer å fremje respekt og verdigheit og vil bidra til at menneske kan leve i forsoning med seg sjølv og andre, og til å myndiggjere menneske i eiga liv. Det dreier seg om å bidra til at menneske får teke vare på rettane sine. (Den Norske Kirke, 2020)

Dette førte til at vestlige misjonærer startet mange helsestasjoner og små sykehus i fattige land i løpet av det 19. og det 20. århundre (Flessa, 2005, s. 240). Selv med disse verdiene i bunn og stor økonomisk støtte fra Europa og USA kunne ikke misjonskirkene nå alle. De hadde ofte forholdsvis små rurale områder de betjente, men på tross av problemene med å nå de mest marginaliserte gruppene, var det misjonens helsestasjoner og sykehus som stod for en signifikant del av afrikanske staters helsesystem da de begynte å bli uavhengige på 60- og 70-tallet (Green, Shaw, Dimmock & Conn, 2002, s. 238).

Med uavhengigheten i mange afrikanske stater fulgte et ønske om demokratisering, lokal uavhengighet og utvikling. Det førte til at mange afrikanske helsesystem endret form på denne tiden. Viktigheten av misjonssykehusene minket ikke, men eierskapet ble i mange tilfeller overrakt til lokale, ofte ny oppstartede, kirker. Derfor er de aller fleste trosbaserte helseforetak i Afrika en del av komplekse nasjonale helsesystem i dag. De nasjonale helsesystemene består ofte av både «non-profit», «for-profit» og offentlige aktører (Green et al., 2002, s. 238). Denne overgangen fra misjonseide sykehus til sykehus eid av lokale kirker, førte til at flere av sykehusene også fikk en administrasjon som bestod av representanter fra lokale kirker. Det sterke ønsket om nasjonalisering, empowerment og lokal kapasitet førte videre til at andelen utenlandsk personell minket. Noe som til slutt førte til at moderkirken (kirken misjonærene kom fra) ikke lengre stod for den økonomiske finansieringen alene. Midlene kom i større grad fra andre inntektskilder som bilaterale samarbeid, staten, pasientbetaling og internasjonale donorer (Green et al., 2002, s. 238).

Flessa (2001, s. 355-359) skriver om sykehus eid av den luthersk evangeliske kirke (ELCT) i Tanzania, kirken som har eid HLH siden 1964. I artikkelen problematiserer Flessa rollen disse sykehusene faktisk utgjør i forhold til rollen sykehusene tilskriver seg selv. Han mener at flere

tiår med donasjoner og økonomisk støtte fra utlandet har latt sykehusene holde på en rolle og dermed en struktur som ikke lengre er så relevant som den var. Ettersom mange av sykehusene ble bygd med finansiering fra utenlandske aktører, var det forholdsvis store og flotte sykehus. De ble bygd med operasjonssaler og fasiliteter som tillot mer avanserte behandlingsmetoder enn nasjonale sykehus. Dette ble gjort på tross av at behovet hos tanzanianere som hovedsaklig ikke lå i kirurgiske inngrep, men primærhelsetjenester. Denne rollen holdt sykehusene i stor grad fast ved.

Flessa beskriver et helsesystem hvor de trosbaserte helseforetakene er nødvendige, men i en annen form enn på 70-tallet, og det har de ikke klart å oppfylle. Sykehus eid av ELCT har lenge vært avhengige av donasjoner, og i 1995 var i gjennomsnitt 69 prosent av inntjeningen hos disse sykehusene eksterne donasjoner, men på tross av store donasjoner hadde ikke sykehusene nok midler. Det fører til at de bruker for lite penger på alle andre ting enn helsetilbudet ettersom de så fast bestemt skal vedlikeholde dette, dermed forfaller strukturene, både de fysiske bygningene og strukturer i sykehusledelsen (Flessa, 2001, s. 352-353). Mens disse sykehusene fikk dekket store deler av budsjettene sine fra donasjoner, ble gjennomsnittlig bare 2,23 prosent dekket av nasjonale myndigheter (Flessa, 1998). Adu-Gyamfi, Kuusaana, Darkwa og Tomdi (2020, s. 72) viser til at det er vanlig i mange fattige land at staten bidrar med lite økonomiske midler til trosbaserte sykehus, ettersom disse tradisjonelt blir støtten utenfra. Dermed er trosbaserte sykehus en billig løsning for å dekke nasjonens helsebehov. For å illustrere at sykehusene holdt på et helsetilbud som ikke stemmer overens med befolkningens behov viser Flessa en oversikt over sykehusenes belegg i 1996.

*Tabell 1: Innlagte pasienter i forhold til kapasitet, 1996*

Occupancy Rates of Lutheran Hospitals 1996	
Hospital Occupancy	
Haydom	119%
Bunda	115%
Nyakahanga	101%
Ilembula	94%
Karatu	90%
Bulongwa	85%

Tabellen viser innlagte pasienter i forhold til kapasitet i 1996. Flessa argumenterer for at denne oversikten viser at mesteparten av de lutherske sykehusene ikke lengre oppfyller deres funksjon som helsetilbydere for de fattige.

Lugala 81%
Ndolage 76%
Selian 66%
Iambi 61%
Itete 59%
Machame 45%
Bumbuli 32%
Gonja 28%
Marangu 26%
Nkoaranga 15%

(Flessa, 2001, s. 355)

Tabellen illustrerer en virkelighet hvor sykehus tilbyr mye mer enn befolkningen benytter seg av, dette kan forklares av bedre alternative tilbud, for høye priser eller at mange av tjenestene sykehuset tilbyr ikke stemmer overens med det behovet befolkningen har. Derfor argumenterer Flessa for at flere av sykehusene enten måtte tilpasse seg og endre tjenestene de tilbyr eller så ville de forsvinne. Ettersom fortsatt drift på samme måte ikke er bærekraftig. Hva som definerer en bærekraftig helseorganisasjon, har jeg gått mer inn på i neste kapittel.

Når pasienttallene er så lave som vist i tabell 1, ville «inputen» vært lav om det ikke var for donorpengene som fortsatte å komme. Men ettersom donorpengene i de fleste tilfeller vedvarte trengte ikke sykehusene gjøre endringer. «Quite a number of church and hospital leaders have developed a "transfer-seeking mentality" which replaced the original "health-seeking mentality"» (Flessa, 2001, s. 361).

Han konkluderer med at sannsynligheten for at disse sykehusene kan bli bærekraftige er veldig liten av hovedsakelig to grunner. For det første er det en tendens i utviklingsland at en liten andel av statlige budsjetter går til helsesektoren, dermed blir det vanskelig for slike sykehus å skaffe finansiering utenom bistandsmidler. For det andre mener Flessa at sykehusene prioriterer de få midlene de har på dyre framgangsmåter og avansert medisin istedenfor å satse på primære helsetjenester hvor behovet er størst. En konsekvens av dette ville vært å legge ned operasjonssaler og lignende tilbud hos sykehus hvor de ikke er aktivt i bruk og heller benytte seg mer av mulighetene for å referere pasienter til andre sykehus i Tanzania (Flessa, 2001).

## 2.7 Bærekraftige helseorganisasjoner

Bærekraftig utvikling har blitt den rådende tanken i utviklingsarbeidet som drives i dag, og det dreier seg ikke bare om miljø og klima lengre. Bærekraft har blitt ett begrep som skal omfavne hele det vide spekteret av sektorer utviklingsarbeid drives innen. I helserelatert bistand er begrepet viktig av flere grunner, men man viser ofte til viktigheten av god helse som en av de viktigste forutsetningene for at et samfunn skal kunne utvikle seg. For å oppnå dette er helseorganisasjonene viktige, men forskning viser at den statlige støtten til helsesektor ofte er lav i fattige land. Dermed har bistand blitt en viktig bidragsyter for mange (Flessa, 2005; Green et al., 2002). Dette fører til ustabilitet, ettersom bistandsmidler følger globale trender som vist til tidligere. Et generelt mål innen bistanden har også vært at man ikke skal drive langvarig støtte av enkeltprosjekter. Hvordan kan man da forvente at helseorganisasjoner i fattige land kan levere gode tjenester og fortsette med det, uten å ha sikre og trygge strukturer rundt seg?

Dette problemet har flere akademikere tatt for seg. De presenterer begrepet bærekraftige helseorganisasjoner og diskuterer premissene for disse. Ulike definisjoner for hva som er sentralt for bærekraft har blitt presentert av blant annet Flessa (1998, 2001), Shediak-Rizkallah & Bone (1998), LaFond, Brown & Macintyre (2002) og Olsen (1998). De har litt forskjellige tilnærminger og vektlegger ulike forutsetninger. Men alle er enige om at organisasjonen må ha en plan for langvarig tilgang på ressurser og enda viktigere operere på ett slikt nivå at de tilgjengelige ressursene, både nå og i framtiden, er tilstrekkelige.

Flessa (1998, s. 406) argumenterer for at bærekraft både for nasjonale økonomier og mindre institusjoner handler om å overleve i lang tid uten særlig støtte utenfra, spesielt fra donorer. Hvis en skal anvende et slikt prinsipp på helsetjenester vil følgen være høyere pasientgebyrer. Å ha et mål om å tjene inn alt det det koster å drive et sykehus fra pasienter vil dermed føre til ekskludering av de fattige. I så måte blir et tilbud med overkommelig pris som ofte er målet for trosbaserte helseforetak og bærekraft motsigende mål. Definisjonen er også problematisk ettersom begrepet lang tid er vagt. Brundtland-kommisjonen sin definisjon av bærekraftig utvikling, ble kritisert for at «framtidens behov» er for vagt, og det er mer hensiktsmessig å se på hva en kan oppnå nå og at det en kan oppnå i framtiden ikke blir påvirket av dette. I artikkelen som omhandler ELCT-eide sykehus jeg kommenterte i forrige kapittel, presenterer Flessa en klarere definisjon «the ability of a system to provide services in the present without sacrificing the provision of services in the future» (Flessa, 2001, s. 351). Flessa vektlegger «input» og

«output», altså at organisasjonen klarer å transformere den tilførselen av midler det får, til produksjon som er nyttig for omgivelsene.

Dette perspektivet trekker Flessa (2005) fram igjen når han kommenterer at flere trosbaserte sykehus i Afrika har blitt finansiert utenfra så lenge at de ser på dette som en bærekraftig inntektskilde. Men input er ikke bare økonomiske midler, det omfavner også personell. I en evaluering av trosbaserte sykehus i Uganda kom Ritva Reinikka og Jakob Svensson (2003, s. 8) fram til at 60% av kvalifisert helsepersonell jobbet i landets tre største byer hvor 10% av landets totale befolkning bodde, noe som gjenspeiler globale trender.

For å kunne fortsette drift etter endt støtte argumenterer Shediak-Rizkallah og Bone (1998) for at dette må planlegges fra starten av prosjektet, eller i lang tid før støtten stopper. De kommenterer at tanken om bærekraft ofte er en latent bekymring i helseorganisasjonen. Derfor vil tid, personell og tilgjengelige ressurser være knappe når avslutningen av prosjektet nærmer seg, og en suksessfull overrekking av drift vil ikke lykkes. Dermed vil løsningen være å gå fra bærekraft som et latent mål til en planlagt tilnærming. Så lenge planen inneholder eksplisitte mål og uttalte objektiver som har bærekraft i fokus. Videre påpeker de viktigheten av at disse målene blir evaluert underveis og revidert hvis nødvendig.

Shediak-Rizkallah og Bone (1998) trekker også fram at det lokale samfunnet og deres involvering i prosjektet er en viktig faktor for at det skal bli bærekraftig. Ettersom samfunnets langvarige forpliktelse er viktig for videre drift når eksterne midler eller prosjektledere trekkes ut. De argumenterer for at deltakelse fra samfunnet også vil føre til økt eierskap som igjen øker sannsynligheten for økt kompetanse i samfunnet. Denne kompetansen og forholdet til organisasjonen er videre viktig ettersom det vil være vanskelig å oppnå bærekraftig drift uten samfunnets tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger som gjelder deres behov og situasjon er viktig informasjon for organisasjonen hvis de skal levere relevante tjenester. (Shediak-Rizkallah & Bone, 1998, s. 95). Dette er noe de fleste tilnærminger til bærekraftige helseorganisasjoner legger vekt på.

LaFond et al., (2002, s. 3) kommenterer at kapasitetsbygging har blitt en viktig tilnærming til utvikling av helsesektoren i fattige land. For å forbedre resultater av helsearbeid trengs det investeringer og kapasitet til å forvalte disse investeringene. Dermed får god kapasitet også en

viktig rolle for å oppnå bærekraftig levering av helsetjenester og for å redusere avhengigheten av ekstern støtte. LaFond et al., (2002, s. 5) peker på hvordan kapasitet knyttes mot evnen til å utføre eller tilrettelegge for ønskede endringer. Det omhandler både helsesystemet generelt og individnivå. De peker også på almene konsensusen mellom «god» kapasitet og gode resultater i helsevesenet. Dermed har kapasitetsbygging hvor bedre kapasitet er målet fått en viktig plass i utviklingen av helseorganisasjoner. På den annen side kommenterer de hvor vanskelig det er å si hva god kapasitet er, og dermed hvor vanskelig det er å måle dette. For å løse dette kommer de med denne definisjonen av kapasitetsbygging «a process that improves the ability of a person, group, organization, or system to meet its objectives or to perform better» (2002, s. 11).

LaFond et al., gjør altså en distinksjon mellom ulike nivåer. I mitt prosjekt har jeg hovedsakelig satt søkelyset på organisasjonen, ettersom mitt datamateriale ikke tillater meg å si stort om individene. LaFond et al.,(2002, s. 8) peker også på at helsesystemet står for funksjoner utenfor de helseorganisasjonene og foretakene er ansvarlige for og innehar derfor en egen kapasitet. Slike funksjoner er blant annet utforming av strukturene og politikken som veileder organisasjonene, men også fordeling av midler. På organisasjonsnivå er fokus på utforming av strukturer viktig, bare innad i organisasjonen. Prosessene som settes på plass for å best mulig omgjøre ressurser til tjenester og produkter er også en sentral del av organisasjonens kapasitet.

## 2.8 Analyseverktøy og rammeverk for bærekraftige helseorganisasjoner

I «Sustainability of health care: a framework for analysis»(1998, s. 289) presenterer Ingvar Theo Olsen et analyseverktøy for å undersøke om forutsetningene for å oppnå bærekraftig drift av helseorganisasjoner er tilstrekkelig. Olsen presiserer at i motsetning til mange andre tjenester kan ikke helsetjenester fases ut med tiden, tilbudet må vedstå over ubestemt tid for å møte befolkningens behov. Derfor trengs det aktører som klarer å møte befolkningens behov samt å tilpasse seg endringer i omgivelsene slik at de klarer å møte endrede behov i framtiden. Derfor foreslår Olsen definisjonen jeg vil ha som et utgangspunkt.

En helsetjeneste er bærekraftig når den er drevet av et organisatorisk system med langsiktige evner til å mobilisere og tildele tilstrekkelige og passende ressurser (arbeidskraft, teknologi, informasjon og finansiering) til aktiviteter som møter individuelle eller offentlige helsebehov/krav. (Olsen, 1998, s. 289)

For å operasjonalisere dette konseptet deler han alle de viktige faktorene inn i tre hovedområder: kontekstuelle faktorer, aktivitetsprofil og organisatorisk kapasitet.

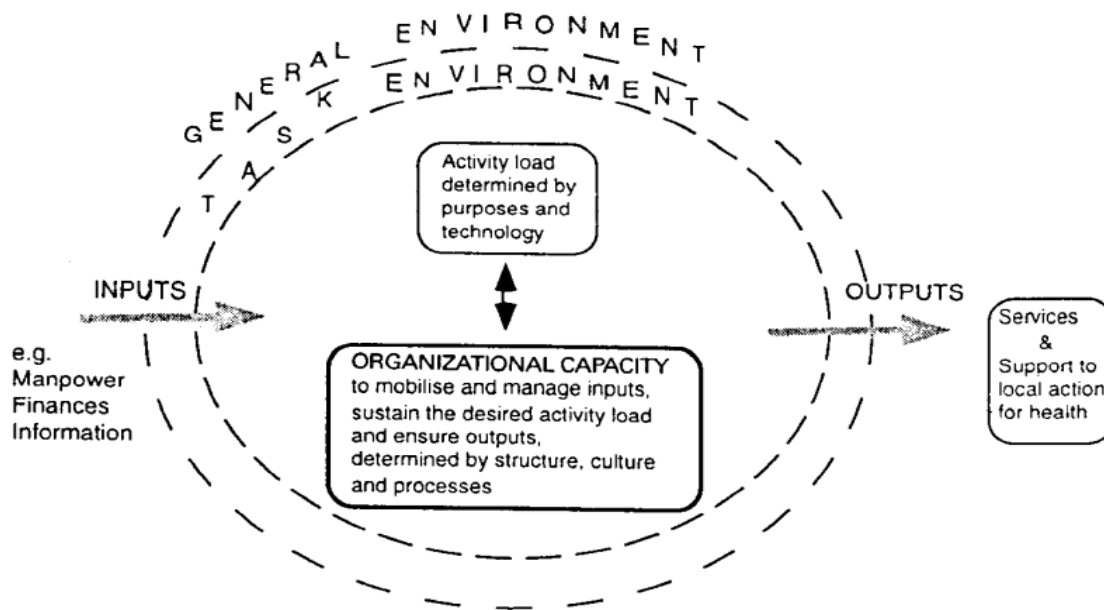
De kontekstuelle faktorene er ifølge Olsen (1998, s. 289-290) de faktorene organisasjonen normalt ikke kan påvirke, men som påvirker organisasjonen. Politiske beslutninger og sosioøkonomiske forhold i landet og den epidemiologiske virkeligheten i området er blant disse faktorene. Den geografiske plasseringen kan også være en viktig kontekstuell faktor. I tilfellet HLH vil også mer eksterne faktorer som blant annet innvilgede grants fra Norge og Kirkens Nødhjelp sin styring av disse midlene, samt Haydoms Venner, spille en rolle.

Aktivitetsprofilen tar for seg de typene tjenester organisasjonen leverer, arbeidsmengden blant ansatte og nivået på de tjenestene som blir levert. Valgene som blir tatt angående aktivitetsprofilen bestemmer i stor grad belastningen på organisasjonen og spiller dermed direkte inn på kravene til den organisatoriske kapasiteten. Valgene som blir tatt her er ofte påvirket av kontekstuelle faktorer og nøkkelspillere som er knyttet til organisasjonen (Olsen, 1998, s. 290). For helseorganisasjoner som får mye økonomisk støtte kan aktivitetsprofilen også bli påvirket av de eksterne aktørene som står for denne støtten.

Vertikale programmer er prosjekter eller satsninger som står på siden av den egentlige visjonen til organisasjonen for å sikre økonomisk støtte, Gill og Carlough (2008, s. 199) kommenterer at finansiering av helseorganisasjoner ofte påvirkes av internasjonale trender. Derfor har implementeringen av slike vertikale programmer vært en stor del av mange helseorganisasjoners aktivitetsprofil. Gill og Carlough problematiserer dette ettersom internasjonale trender ofte er nettopp det, trender. De endrer seg til stadighet, dermed får ikke helseorganisasjonene nok tid til å gjennomføre programmene skikkelig. Forfatterne påpeker også diskrepansen mellom disse trendene og det som ofte er lokale behov. Hvis en bistandsorganisasjon er fast bestemt på drive med HIV/AIDS arbeid er det ikke nødvendigvis det som er mest pressende i den umiddelbare nærheten til alle sykehus. Dermed kan andre problemområder bli mindre prioritert for å få denne støtten.

Til slutt trekker Olsen (1998, s. 290-291) fram organisatorisk kapasitet. Dette går på hvor kapabel organisasjonen er til å møte utfordringer som dukker opp. For å være rustet til dette er det mange ting som må være på plass, struktur, institusjonelle verdier, arbeidskraft, lederskap og resursmobilisering samt økonomistyring er noen av faktorene Olsen nevner. For helseorganisasjoner som har hatt mangeårig samarbeid med eksterne aktører og muligens støttet seg mye på ekspertise og veiledning kan dette være utfordrende.





Figur 4: Bærekraftig drift av helseorganisasjoner

(Olsen, 1998)

For å oppnå bærekraftig drift av helseorganisasjonen legger Olsen (1998, s. 291) vekt på at det må være en balanse mellom disse hovedområdene. Figur 4 illustrerer dette ettersom endringer i et område må bli møtt med endringer i de andre for å vedlikeholde tjenestetilbudet. Det er nettopp denne egenskapen som bestemmer om helseorganisasjonen kan kalles bærekraftig. Olsen presiserer at analyseverktøyet må tilpasses og justeres til ulike settinger og nevner «non-for-profit» og «NGO's» som eksempler hvor flere faktorer spiller inn. Særlig er da den eksterne donoren sentral, og i mange tilfeller vil dynamikken mellom helseorganisasjon, statlig apparat og donor være annerledes enn ved forholdet mellom bare helseorganisasjon og det statlige apparatet ved at donoren sine mål og meninger veier tungt inn. Dette påvirker hvor makten ligger, og at donorer ofte har visse betingelser. Ved terminering av eksterne tilskudd påpeker Olsen viktigheten av at donor gir fra seg denne makten før pengene tar slutt, og at dette må skje i et samarbeid hvor felles avgjørelser og institusjonsbygging står sentralt. Olsen bruker begrepet «Localization» om prosessen med å overføre ansvar for aktivitetene til det lokale miljøet og sier at selv om det åpenbart henger sammen med bærekraftighet vil det ikke være et tegn på utvikling om ikke aktivitetene kan vedvare under den nye administrasjonen.

### 3 Tanzania

Helseorganisasjoner operer ikke i et vakuum, og de omgivelsene de må forholde seg til, er relevante for hvordan man skal drifte. Tanzania ble frigjort fra britisk styre i 1961, og slo seg sammen med Zanzibar i 1964 og formet «United republic of Tanzania». Det bor ca. 59 millioner mennesker i Tanzania, og de hører til omtrent 130 forskjellige Bantu-stammer. Landet er ett av de fattigste i verden og mottar store mengder bistand (FN-sambandet, 2020).

Landets første president, Julius Nyerere, var veldig opptatt av «self-reliance» og mente at tanzanianere måtte stole på sine egne ferdigheter og kunnskaper for å få til ønsket utvikling. Han mente at mer penger ikke nødvendigvis var veien å gå, og at utenlandsk støtte ville ødelegge for mulighetene for frihet. I 1967 holdt han en tale i Arusha som fikk mye oppmerksomhet verden over, og som omhandlet nettopp dette:

But it is obvious that in the past we have chosen the wrong weapons for our struggle, because we chose money as our weapon. We are trying to overcome our economic weakness by using the weapons of the economically strong – weapons which in fact we do not possess. It is therefore a complete illusion to think that money will solve the problems, for the simple reason that it is not available; it comes from taxes, and these cannot be increased. (Selbervik, 1999, s. 20)

I «Arusha Declaration» som talen er kjent som, gikk Nyerere mot målet om masseforbruk og ideen om «trickle – down» effekten som moderniseringsskolen hadde satt. Han fokuserte på økonomisk vekst og var i så måte påvirket av de globale tankene om utvikling, men selvberging og omfordeling skulle være virkemidlene for å få det til, ikke kapitaltilførsel og dannelsen av en rik elite (Selbervik, 1999, s. 20). Politikken og retningen Nyerere valgte å gå ble kalt Ujamaa og i ettertid er akademikerne som interesserer seg for dette hovedsakelig delt i to skoler. Den ene siden mener at Ujamaa-politikken var totalt feilslått, at økonomien kantret og landets ressurser ble kastet bort. Noe som førte til en marginalisering av rurale områder og en oppblomstring av et korrupt og ineffektivt byråkrati. Den andre siden mener derimot at Ujamaa-politikken førte til bedre helse- og utdannings-tilbud, små steg mot større sosial likhet, politisk stabilitet og en stor grad av harmoni og fred mellom Tanzanias mange folkegrupper. De er dog enige i at den økonomiske gevinsten av politikken var liten (Ibhawoh & Dibua, 2003, s. 70).

### 3.1 Økonomisk vekst

Tanzania opplevde tidlig økonomisk vekst og i perioden fra 1970 til 1976 hadde de en årlig vekst på 5,1 %. Men på tross av dette og Nyereres filosofi om selvberging var det nasjonale utviklingsbudsjettet 60% finansiert av utenlandske donorer i 1977. Den økonomiske veksten vedvarte heller ikke, og på 80- og 90-tallet gjennomgikk landet mange forskjellige økonomisk reformer. De konkrete årsakene for den økonomiske stagneringen er akademikere uenige i, men Nyereres Ujamaa-politikk blir trukket fram som en sannsynlig årsak av flere (Selbervik, 1999, s. 21). Jeg ser litt nærmere på hvordan denne politikken påvirket landet og Haydom i kapittel 5.5.

I nyere tid har Tanzania igjen opplevd en solid økonomisk vekst og gikk offisielt fra lavinntektsland til lavere-middelsinntekts land i 2020. På tross av denne stødige veksten har ikke fattighedsraten minket tilsvarende. Mer enn en fjerdedel av Tanzanias befolkning lever under fattigheds grensen, og ca 80% av disse lever i rurale områder (WBG, 2021). Veksten har heller ikke ført til at myndighetene har økt finansieringen av helsesektoren nevneverdig.

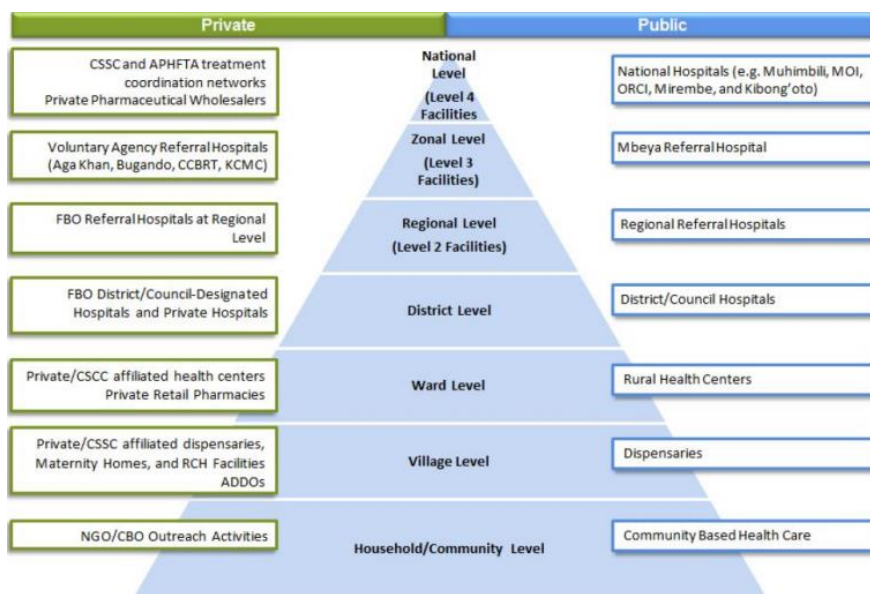
### 3.2 Helsesektoren i Tanzania

Helsesektoren er identifisert som et prioritert området i politikken, og de totale utgiftene til helsesektoren økte fra 5 % i 2002 til 9,2 % i 2014. Men mesteparten av disse midlene kommer fra ekstern finansiering og ikke fra myndighetene selv. I 2014 stod ekstern finansiering for 37% av midlene brukt på helsesektoren, mens myndighetene stod for 28%, de resterende 35% ble dekket av det private, for eksempel pasientbetaling. I 2014, hvis en tar bort de eksterne midlene som er øremerket helse, tilsvarte tilskuddene til helsesektoren bare 6,8% av myndighetenes totale utgifter (Wang & Rosemberg, 2018). Dette er langt unna målet på 15% som Tanzania og flere andre afrikanske nasjoner satt seg i «Abuja Declaration» i 2001 (WHO, 2010, s. 10)

HLH er en del av det tanzanianske helsesystemet og har vært det siden 1967. For å forstå sykehusets vilkår og utfordringer er det derfor viktig med et innblikk i det tanzanianske helsesystemet. Jeg har presentert et overordnet blikk på den strukturelle oppbygningen av helsesystemet hvor nivået til hvert enkelt sykehus er med å diktere både arbeidsoppgaver og finansiering. En litt grundigere gjennomgang har blitt gitt der jeg har funnet det hensiktsmessig. Videre har jeg vendt fokuset mot det tanzanianske helsemyndigheter arbeider med nå, og det

de ønsker å oppnå gjennom å undersøke "Strategic health plans" og andre offentlige tanzanianske dokumenter.

Tanzania er delt inn i regioner. Disse er igjen delt inn i distrikter og videre i divisjoner. Helse-systemet følger også denne inndelingen. Mange mindre helsestasjoner og apotek eller «dispensaries» er lokalisert i rurale områder. Ikke ulikt Norge har Tanzania et system hvor en refererer pasienter til sykehus som er bedre rustet hvis tilstanden er slik at den ikke kan behandles på nærmeste helsestasjon eller lignende. Sykehusene blir delt inn i fire kategorier (se figur 5), hvor distriktsykehusene er første referansested til den største delen av befolkningen. Men det er ikke førstetilbyder av helsetjenester, det er helsestasjonene og apotekene som landet har mange av.



Figur 5: Oppbygging av tanzaniansk helse-system

(Wang & Rosemberg, 2018)

Denne inndelingen har mye å si for støtten de ulike sykehusene får fra den tanzanianske stat, og det har dermed vært viktig for HLH å øke statusen sin. Som Steffen Flessa (1998) viser til er det vanlig at fattige stater bruker lite penger på helse-sektoren. Dermed har det vært en viktig oppgave for HLH å få en bedre posisjon i helse-systemet for å øke andelen de får. Dette er også noe informantene mine har snakket om og som jeg tar opp igjen i kapittel 6.

De tanzanianske helsemyndighetene (Ministry of Health, 2016) har krav for hvilke tjenester sykehus skal tilby for hvert nivå. Det går hovedsakelig på kliniske tjenester, sykehusets

infrastruktur og teknologi, forskning ved sykehuset og mulighet for opplæring. Hvis disse kravene oppfylles og sykehusene leverer tjenester til et stort nok område og nok mennesker, kan de få offisiell status som regionalt sykehus eller høyere. Hvis dette skjer, skal som nevnt den statlige støtten til sykehusene øke. Det er ikke bare økonomiske fordeler, en vil ifølge retningslinjene rykke fram i køen for utstasjonering av spesialister, få muligheten til å bli tildelt turnusleger og betale mindre for medisin i større kvanta. Men det følger også strengere krav for teknologi når det gjelder blant annet pasientkonfidensialitet og kommunikasjon. Det er også krav om ha spesialister ved sykehuset, noe som burde være selvoppfyllende ettersom de skal bli utstasjonert, men realiteten er ikke alltid slik ettersom Tanzania strever med for få kvalifiserte helsearbeidere.

### 3.3 Health Sector Strategic Plan

I 2015 kom «Ministry of Health and Social Welfare» med «Health Sector Strategic Plan IV July 2015 – June 2020: Reaching all Households with Quality Health Care», - en plan for hele helsesektoren for veien videre. Hovedprinsippene i planen gikk som tittelen tilsier ut på å nå alle med et kvalitetssikret helsevesen. Men også å øke samarbeidet med folket for å forbedre bevissthet rundt helse og å forbedre administrative metoder både lokalt og nasjonalt for å få bedre resultater ut av de økonomiske investeringene som var planlagt. Primærhelsetjenester settes i første rekke.

Tilbudet skulle forbedres på alle områder, og selv om det er konkrete forslag til hvordan, er det så mange av dem at det er vanskelig å se et klart fokus. Men jeg har trukket ut noen mål som påvirker de utfordringene for trosbaserte sykehus som blir påpekt i forskningen, for å gjøre det mest relevant for meg. Ettersom trosbaserte sykehus ofte havner langt bak i køen blant både utstasjonerte helsearbeidere og de som søker jobber selv, har tilgang til nok personale alltid vært problematisk. En annen utfordring for trosbaserte helseforetak har vært inntjening fra pasientbetaling, grunnet deres fattigdomsorientering.

Derfor er det viktig å påpeke at den strategiske helseplanen nevner disse utfordringene. De trekker fram mangel av kvalifisert helsepersonell ved mesteparten av landets rurale helsestasjoner og apoteker. For å demme opp for denne mangelen vil myndighetene utarbeide bedre mekanismer for å fordele helsepersonell til landets rurale områder ettersom de ser på dette som det største problemet (Ministry Of Health and Social Welfare, 2015, s. 18).

Planen ser også utfordringene for fattige i landet. Å betale for helsetjenester blir for mange et luksusgode som en må spare i lang tid til eller som blir prioritert bort. For å gi alle tilgang til primærhelsetjenester vil myndighetene innføre «Single National Health Insurance». Denne ordningen skal være med å sikre både økonomisk stabilitet i helsevesenet og tilgang til helsetjenester for de fattigste. Ved at alle tanzanianere er med å betale en årlig avgift bortsett fra de fattigste som skal få det subsidiert. Videre skal alle fasiliteter og tjenester kvalitetssikres gjennom nasjonale standarder, som igjen vil skape større tillit til helsevesenet og nevnte forsikringsløsning (Ministry Of Health and Social Welfare, 2015, s. 65).

Tanzanianske myndigheter arbeider med en ny plan ny for 2020-2025, som foreløpig ikke er ferdig eller tilgjengelig. Det er altså vanskelig å finne helt oppdatert informasjon ettersom denne prosessen er pågående og så aktuell. Men denne planen er interessant og relevant for mitt prosjekt fordi den viser retningen de nasjonale helsemyndighetene i Tanzania vil styre etter.

The new health care financing strategy, which promotes the development of a single national health insurance with effective risk-pooling and social protection, will increase the affordability of health care, also for the poorer citizens, and will enhance sustainable development of the health care sector. (Ministry Of Health and Social Welfare, 2015, s. xv)

«Mid Term Review of the Health Sector Strategic Plan IV 2015 – 2020» er en evaluering av «Strategic Health Plan IV» sine tre første år; 2015 – 2018. I rapporten kom det fram at selv om det var synlig forbedring på noen punkter ville ikke planens mål være oppnåelige. En bedre fordeling av helsepersonell var en viktig målsetting for tanzanianske helsemyndigheter i 2015. 90% av landets helsefasiliteter skulle oppnå minimumskravene for kvalifisert helsepersonell, mens evalueringen konstaterer at dette er langt ifra oppnådd. Bare 15% av fasilitetene har møtt kravene, men rapporten peker på at problemer i større grad ligger i mangel av personell enn skjev fordeling. De estimerer at det mangler omkring 52% av de ca. 210 000 kvalifiserte helsearbeiderne landets helsevesen trenger. I denne sammenhengen viser rapporten også til at noen trosbaserte sykehus har blitt stengt i denne perioden ettersom de ikke ble vurdert under fordelingen av utplassert personell (Ministry of Health, 2019, s. 47). Rapporten melder at kun 32% av befolkningen har noen form for helseforsikring grunnet forsinkelser i oppstarten av «Single National Health Insurance» ordningen.

En annen ordning i tanzaniansk helsevesen som er særlig relevant for mitt prosjekt er «Health Basket Fund». Siden 2000 har flere utviklingspartnere gitt bistand til dette fondet som myndighetene kan tildele til de delene av helsesektoren de selv mener er mest hensiktsmessig. Denne fremgangsmåten er i samsvar med de globale trendene på 2000-tallet, hvor bistandsinnsats skulle koordineres og kanaliseres med sektornær tilnærming. I 2015 ble et «MOU» (Memorandum Of Understanding) underskrevet av tanzanianske myndigheter og flere utviklingspartnere. Dokumentet gikk ut på at midlene i «Health Basket Fund» skulle brukes for å implementere helsesektorens strategiplan (GoT, 2015). Ettersom fokuset i planen i stor grad er rett mot å finansiere primærhelsetjenester i rurale områder, og at støtten skal bli direkte tildelt helsestasjoner og apotek blir trosbaserte sykehus vurdert for denne støtten. Selv om de er en del av helsesystemet og mange av dem først og fremst leverer primærhelsetjenester (Ministry of Health, 2019, s. 66).

Uten å kunne trekke noen konklusjoner fra dette, kan det virke som at trosbaserte sykehus og dermed også HLH ikke blir prioritert i myndighetens helseplan. Dette stemmer overens med Flessa sine funn på 90-tallet, og det er fremdeles nærliggende å tenke at dette har å gjøre med at myndighetene er vant med at slike sykehus mottar økonomisk støtte gjennom andre kanaler. Det som er tydelig er at helsesystemet i Tanzania, er i konstant endring. Dermed er det vanskelig å si noe konkret om hvordan situasjonen er. På tross av dette mener jeg at det innblikket jeg har gitt i relevante planer og strukturell oppbygning gir gode indikasjoner på deler av det HLH forholder seg til. Landets økonomiske vekst de siste 20 årene (WHO) har ført til mer midler til helsesektoren på tross av at prosentandelen av nasjonalbudsjettet til dette har gått ned. Tanzania er et stykke unna å nå WHO sine mål om helseutgifter per innbygger. Hvordan HLH har klart å vokse så mye som det har gjort i slike omgivelser blir en del av kapittel 5.

## 4 Metode

All forskning krever en prosedyre, et sett med kjøreregler for å skille vitenskapelige konklusjoner fra hverdagslige konklusjoner. Johannessen, Tufte og Christoffersen (2010, s. 27-29) påpeker at vi mennesker trekker konklusjoner hver eneste dag, hele tiden, men vi kan ikke kalle det forskning. Dermed er det viktig med utprøvde metoder som skiller de hverdagslige konklusjonene fra det som kan kalles forskningsbasert kunnskap. I en slik sammenheng stilles det større krav til systematikk og grundighet, en må også gjøre sitt beste for å luke ut overgeneralisering og selektive inntrykk. Johannessen et al., (2010, s. 29-31) spesifiserer videre at samfunnsvitenskapelige metodiske fremgangsmåter hovedsakelig dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data for å få informasjon om den sosiale virkeligheten. Den sosiale virkeligheten er et studiefelt hvor mennesket står sentralt og mennesket har egne meninger og oppfatninger av verden rundt seg.

Ettersom mitt forskningsprosjekt hovedsakelig undersøker menneskers oppfatninger av arbeidet som foregår ved HLH, består deler av datagrunnlaget av mine informaners subjektive meninger. Derfor fant jeg kvalitativ metode mest hensiktsmessig i både innsamling og bearbeiding av data. I dette kapittelet gir jeg et grundig innblikk i mine metodiske valg og begrunnelsen for disse for å styrke prosjektets og oppgavens troverdighet. I neste avsnitt vil jeg argumentere for hvorfor jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for å svare på prosjektets problemstillinger. Deretter presenterer jeg hvilke metoder jeg benyttet meg av for å samle inn data, samt hvordan dette foregikk, for så å utdype hvordan jeg bearbeidet materialet. Deretter har jeg tatt opp spørsmål angående datamaterialets kvalitet, før jeg til slutt har pekt på etiske hensyn i forskningsprosjektet.

### 4.1 Forskningsdesign

Samfunnsvitenskapelig metodelitteratur skiller hovedsakelig mellom kvantitative og kvalitative metoder. Grønmo(2016, s. 23) mener at begrepene i første rekke refererer til egenskaper ved dataen som samles inn. Dataen kan grovt skissert karakteriseres som kvantitative hvis de er uttrykt i form av rene tall og kvalitative hvis de ikke er det. Dermed er en studie kvalitativ eller kvantitativ etter hvilken type data de bygger på. Mitt forskningsprosjekt bygger i hovedsak på data samlet inn fra et lite utvalg informanter med inngående kunnskap om et tema. Dataen jeg har søkt har vært deres meninger og oppfatninger. Om dette sier Fossåskaret og Aase (2007) «Det vil alltid være en oppgave for



samfunnsvitenskapene å bidra til en dypere forståelse av sosiale fenomener enn det som har med mengde og omfang og utbredelse å gjøre.»(Aase & Fossåskaret, 2007, s. 13). Derfor er størstedelen av mitt datamateriale kvalitative data.

## 4.2 Casestudie

Ved å studere både historien til HLH og hva et utvalg nøkkelinformanter sier om arbeidet som gjøres for å minke behovet for norsk bistand, har jeg undersøkt en organisasjon og satt søkelyset på en spesifikk pågående prosess i denne organisasjonen. Dermed falt det naturlig å anvende en casestudie som overordnet design. Ifølge Johannessen et al., (2010, s. 86) kjennetegnes casestudier ved at forskeren henter inn mye informasjon om en eller få enheter/caser. For å samle inn denne informasjonen kan forskeren med fordel kombinere ulike metoder. Dette har jeg gjort gjennom intervjuer og dokumentanalyse samt innhentet historisk informasjon fra bøker og avisartikler.

Kvalitative casestudier tar ofte utgangspunkt i et problem som hentes fra praksis. Det som oftest styrer caseforskeren er teoretiske antakelser om prosesser eller handlinger ved avgrensede enheter. Disse antakelsene ligger til grunn for videre undersøkelser. I en casestudie er det viktig å avgrense enheten som skal studeres. Denne analyseenheten eller casen, kan for eksempel være en institusjon eller en hendelse. (Johannessen et al., 2010, s. 87) Mitt prosjekt tar utgangspunkt i et problem som er beskrevet og diskutert i bistandsdebatten i lang tid. Jeg har stilt spørsmål som i hovedsak handler om prosessene som er igangsatt for å få til en ønsket endring. Basert på informasjon fra Norad og bistandskritisk lesing, hadde jeg en antakelse om at sykehuset kjempet for fortsatt støtte selv om Norad egentlig har meldt ifra om stopp. Dette kan tyde på en form for bistandsavhengighet. Denne mulige bistandsavhengigheten er en antakelse som ligger til grunn for min oppgave.

Ettersom min opprinnelige plan var et feltarbeid over 6-8 uker ved HLH som ville gitt mye informasjon og nærhet til analyseenheten, mente jeg at en casestudie var passende. Katrine Fangen (2010, s. 187) kommenterer at casestudier ofte benyttes når målet er å forstå fenomener eller hvordan hendelser utvikler seg, gjerne gjennom aktørenes perspektiv. Da det ble klart at koronapandemien gjorde det umulig å reise, stilte jeg spørsmål ved gyldigheten av en slik tilnærming ettersom Fangen også peker på inngående kunnskap om casen som et viktig aspekt ved casestudien. I følge Grønmo (2016, s. 105) betraktes enheten som vitenskapelig interessant

og unik i seg selv i casestudier. Og et formål med casestudie vil da være å utvikle en helhetlig forståelse av den ene enheten som studeres. En helhetlig forståelse ville vært vanskelig å oppnå selv med et lengre feltarbeid, men med tilgang til informanter som har vært tett på arbeidet som har blitt gjort og som blir gjort for at sykehuset skal bli en bærekraftig helseorganisasjon og informanter med historisk kunnskap og nærhet til sykehuset, har jeg utviklet en dypere forståelse enn før prosjektet startet.

### 4.3 Utviklingen av forskningsprosjektet

Da jeg startet på dette prosjektet, var planen å undersøke bistand i et «bottom-up»-perspektiv. Jeg ville undersøke om ansatte ved HLH opplevde de minkende bistandsmidlene fra Norad og Kirkens Nødhjelp i hverdagen på sykehuset og deres tanker om situasjonen sykehuset befinner seg i. Derfor planla jeg et feltarbeid ved sykehuset som ville gi meg et veldig interessant datamateriale og et nytt perspektiv.

Da det ble klart at jeg ikke kunne reise måtte jeg gjøre store endringer. Jeg valgte å ikke gå bort ifra HLH som case ettersom jeg på dette tidspunktet hadde satt meg inn i HLH sin historie og situasjon og fant det veldig interessant. I denne perioden kom jeg også over nyheten om fortsatt støtte til sykehuset fram til 2022. Det at sykehuset har en sterk kobling til Norge tenkte jeg ville gjøre tilgangen til datamateriale og informanter god selv uten feltarbeid.

### 4.4 Datainnsamling

Mitt forskningsprosjekt baserer seg på data samlet inn gjennom intervju og kvalitativ innholdsanalyse. Jeg fant disse metodene mest hensiktsmessig for å samle inn den type data jeg var interessert i. I kapittel 4.4.1 argumenterer jeg for hvorfor jeg valgte å benytte meg av kvalitative intervju før jeg i 4.4.2 forteller om gjennomførelsen av innsamlingen og i 4.4.3 gir en oversikt over utvalget mitt. I 4.4.4 gir jeg begrunnelse for valg av dokumentanalyse mens jeg i 4.4.5 presenterer de dokumentene jeg fant hensiktsmessige. Til slutt i kapittel 4.4.6 forteller jeg om hvordan jeg har bearbeidet det innsamlede datamaterialet.

#### 4.4.1 Kvalitative intervju

Om det kvalitative forskningsintervjuets formål sier Kvale og Brinkmann «Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonens side. Å få fram betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden.» (Kvale & Brinkmann, 2015, s.

20). Ettersom mitt mål har vært å få fram et utvalg informanternes egne erfaringer og oppfatninger av prosesser ved HLH valgte jeg å benytte meg av kvalitative forskningsintervju som en sentral del av min datainnsamling.

Metodelitteratur skiller gjerne mellom strukturert, semistrukturert og ustrukturert intervju. Jeg benyttet meg av de to sistnevnte. Grønmo (2016, s. 167-168) bruker samlebetegnelsen uformelle intervju på disse to intervjuformene og sier at disse utspiller seg som en samtale mellom forsker og informant. Denne gjennomføringen er fleksibel og utspørringen tilpasses underveis avhengig av informasjonen informanten kommer med og hvordan kommunikasjonen fungerer. Det blir altså en situasjon hvor både innsamling og analyse av data forgår parallelt. Dette gir forskeren en krevende rolle, og det blir viktig å utarbeide fortsettelsen av intervjuet underveis basert på den informasjonen man blir gitt.

#### 4.4.2 Forberedelser og gjennomførelse av intervjuer

I planleggingsfasen av intervjuer presiserer Johannessen et al.,(2010, s. 141) at det er viktig å være bevisst på temaene og spørsmålene som er viktig for deg som intervjuer. Det var mens jeg holdt på å utforme og bearbeide min intervjuguide, min første informant svarte ja. Dette var i en periode jeg ikke hadde noen klar problemstilling, ettersom dette var på et tidspunkt hvor mye i prosjektet ble omrokkert. Derfor valgte jeg å gå bredt ut i dette intervjuet. Jeg stilte åpne spørsmål om hans tid ved sykehuset, om tankene hans rundt dette som bistandsprosjekt, for så å følge hans tankerekker. Jeg var godt forberedt på å snakke om HLH ettersom jeg hadde satt meg inn i prosjektet og bistandslandskapet, men jeg var ikke sikker på akkurat hvor jeg ville. Men i løpet av intervjuet tok oppgaven min form, og det ble en veldig viktig samtale for meg. Som Grønmo (2016, s. 167) påpeker er muligheten for analyse og utforming av intervju underveis en av de største fordelene med uformelle intervju.

Til de resterende intervjuene valgte jeg ut spesifikke temaer og begrenset meg til forholdsvis få spørsmål. Jeg søkte informanter med spesiell kunnskap på spesielle områder, videre kalt nøkkelinformanter. Nøkkelinformantene har tilgang til kunnskap eller erfaringer og spesifikke forhold av relevans for mitt prosjekt. Et eksempel på dette er informant A1 som har hatt en ledende stilling ved sykehuset og har vært i direkte kontakt med bistandsaktører, dette utdyper jeg i neste kapittel. I møte med informantene så jeg flest fordeler ved å velge uformelle intervju. Dette ga nøkkelinformantene mulighet til å snakke om det de mente var viktigst. Temaene jeg

forberedte til hver enkelt nøkkelinformant var tilpasset deres erfaringer og kunnskap. Hvis jeg hadde valgt en mer rigid intervjuguide, hadde jeg mistet muligheten til å la dem snakke om sine områder på sin måte. Men det kan også være ulemper ved dette som jeg har tatt opp igjen i kapittel 4.5.

Ettersom disse nøkkelinformantene hadde ulike forhold til HLH, og ulike områder for sin ekspertise, fant jeg det mest hensiktsmessig å skreddersy intervjuguidene. De hadde så ulike kompetanseområder og spesialiseringer at det ikke ville tjent formålet å spørre dem de samme spørsmålene. Dermed sitter jeg igjen med et datamateriale hvor nøkkelinformanter i stor grad har uttalt seg om sine respektive områder.

#### 4.4.3 Utvalg av informanter

I prosjektet mitt søkte jeg å finne informasjon om en spesiell enhet i en spesiell kontekst. Derfor måtte utvelgelsen av informanter bygge på dette. Dermed har jeg hele veien hatt kriterier for de som har kunnet delta. Om et kriteriebasert utvalg sier Johannessen et al., (2010, s. 109) at informantene velges ut ifra hvor vidt de oppfyller visse kriterier, som arbeidserfaring, kjønn eller alder. I arbeidet med forskningsprosjektet har valg av informanter hatt en sentral rolle for hvordan prosjektet utviklet seg. Da den opprinnelige planen om feltarbeid ikke kunne gjennomføres, måtte jeg tenke nytt. Kriteriene for hvem som skulle intervjues endret seg, tilgangen til ansatte ved HLH er ikke god når en ikke har mulighet til å reise dit. Jeg hadde hele tiden et mål om å intervju store aktører som Norad, ambassaden i Dar Es Salaam og KN for å kartlegge bistandsforholdet, men disse fikk nå en viktigere rolle.

Jeg prøvde lenge å få kontakt med Norad, men det ble mye fram og tilbake og ingen intervjuer. Dermed vendte jeg om og søkte informanter som hadde god kjennskap til sykehuset. Bak dette lå det to tanker, for det første var jeg på et sted hvor jeg ikke hadde noen klar problemstilling, ettersom denne også måtte endres. Derfor håpte jeg at de første samtalene ville hjelpe meg med å finne en vei som var verdt å gå, som det for øvrig gjorde. For det andre håpte jeg at så fort jeg kom i samtale med noen som var godt kjent med HLH ville det forhåpentligvis dukke opp flere navn som var mulige informanter. Det er en metode blant annet Johannessen et al., (2010, s. 109) kaller snøballmetoden. Informanter rekrutteres ved at forskeren forhører seg om personer som vet mye om temaet som skal undersøkes. I kontakten med de første informantene hører forskeren også om det er noen andre som kan være aktuelle som informanter og så videre.

HLH sitt sterke bånd til Norge gjorde at det var god tilgang til mulige informanter. Min første informant ble også det Johannessen et al., (2010, s. 123) kaller en døråpner, en døråpner har spesiell tilgang til felten. For meg hadde første informant tilgang til et miljø med mennesker hvor mange hadde nære relasjoner til HLH. Siden sykehuset har vært drevet av norske misjonsleger siden 50-tallet er det mange nordmenn som har tilbrakt lang tid der. Misjonslegene tilbrakte gjerne lengre tidsperioder ute, de hadde også ofte med familien og fikk dermed et sterkt forhold til HLH. Disse sterke forholdene bød på noen utfordringer i datainnsamlingen noe jeg kommer tilbake til i 4.5.

Utenom dette miljøet kontaktet jeg organisasjoner som arbeider med HLH, hovedsakelig Norad og Kirkens Nødhjelp (KN) for å få deres perspektiver på arbeidet som gjøres. KN var villige og positive til å stille opp og jeg fikk et intervju med en representant derfra, men ingen fra Norad. Jeg endte dermed opp med et forholdsvis lite utvalg av informanter, kort presentert her:

*Tabell 2: Utvalg av informanter*

<b>Informant</b>	<b>Informasjon</b>	<b>Relevans</b>
<b>A1</b>	- Hatt ledende stilling ved HLH i nyere tid.	- God kjennskap til driften av sykehuset og hvordan man arbeidet i ledelsen i en periode med store endringer. - Også god kjennskap til bistandsforholdet.
<b>A2</b>	- Representant fra KN med god kjennskap til Haydom og Tanzania.	- Kjennskap til KN's forvaltningsarbeid med norske bistandsmidler.
<b>A3</b>	- Representant fra frivillig organisasjon (Haydoms Venner).	- Innblikk i alternativ finansiering, hvordan dette gjennomføres, og hva de tenker om veien videre.
<b>A4</b>	- Lege som har jobbet flere år på HLH.	- Et innblikk i hvordan sykehuset fungerte, og hvilke tanker ansatte hadde.
<b>A5</b>	- Lege med nærhet til og kunnskap om HLH gjennom opphold.	- Historisk innblikk og tanker om legevirke i fattige områder (særlig Haydom)

#### 4.4.4 Dokumentanalyse

For å få et mer utfyllende datamateriale ble ulike offentlige dokumenter viktige for meg. Grønmo (2016, s. 134-135) snakker om dokumenter som kilder som kan analyseres for å få fram relevant informasjon om de samfunnsmessige forholdene vi vil studere. Dokumenter kan

utnyttes på forskjellige måter, blant annet som informasjonskilde eller som egne analyseenheter. Grønmo spesifiserer at dokumenter kan inneholde både meninger og fakta alt ettersom hva slags dokument det er. Jeg har både brukt dokumenter som informasjonskilder og som analyseenheter.

#### 4.4.5 Valg av dokumenter

De forskjellige dokumentene jeg har brukt i mitt prosjekt har hatt ulik hensikt. Om bruken av dokumenter sier Grønmo «Dokumenter kan inneholde opplysninger om eller spor etter handlinger, meninger eller hendelser på fjerne steder og lengre tilbake i tid.» (2016, s. 135). De fleste dokumentene jeg har brukt som kilder har hatt denne funksjonen; finne relevante opplysninger om handlinger og hendelser på fjerne steder. I dette arbeidet brukte jeg blant annet planer og veiledere utgitt av tanzanianske helsemyndigheter for å få et bilde av det tanzanianske helsevesenet.

Jeg har også valgt ut tre evalueringsrapporter, utført av Christian Michelsen Instituttet (CMI), som analyseenheter for å svare på problemstillingene mine. Disse rapportene har hatt som oppdrag å evaluere HLH og utviklingssamarbeidet mellom dem og norsk bistand. I følge Grønmo (2016, s. 135) er dokumenter spesielt verdifulle som kilde i studier av utviklingsforløp og endringsprosesser over lengre tid. Derfor valgte jeg disse rapportene for å kunne vise til eventuelle endringer de siste 15 årene. Rapportene er dokumenter som inneholder både fakta og meninger. De gir meg tilgang til fakta og opplysninger om blant annet økonomisk situasjon, tjenestene HLH har levert og antall ansatte ved sykehuset i den gitte tidsperioden. Men det er også meninger fra forfatterne av rapportene om hva som kan være årsakene til forskjellige endringer samt hva de mener må gjøres videre. De tre rapportene er:

- CMI – Report: Haydom Lutheran Hospital, Final Project Review. 2009.
- CMI – Report: Haydom Lutheran Hospital, Midterm review of the Block Grant Support. End review of the MDG 4 and 5 project support. 2013.
- CMI – Report: Evaluation of agreement between Norwegian Church Aid and Norad for financial support to Haydom Lutheran Hospital. 2018.

#### 4.4.6 Bearbeide innsamlet datamateriale

Arbeidet med kvalitative intervjuer og dokumenter er ikke over når intervjuene er gjennomført, eller dokumentene er valgt. Intervjuer må transkriberes og bearbeides for å finne den informasjonen som er mest relevant for å svare på problemstillingen. Mens ved kvalitativ innholdsanalyse av dokumenter blir innholdet i utvalgte dokumenter bearbeidet, systematisert og registrert slik at det kan brukes som datagrunnlag i studien. Da kategoriserer man innholdet for å finne meninger eller annen informasjon som er relevant for problemstillingen (Grønmo, 2016, s. 175-176).

Grønmo (2016, s. 266) påpeker at i kvalitative studier analyseres data etter hvert som den samles inn, og at en derfor ikke kan dele en slik studie i to klart definerte faser, innsamling og analyse av data. Men utover i studien blir analysearbeidet mer dominerende og før analysen skal ferdigstilles må det ferdige datamaterialet bearbeides.

Jeg løste det ved å benytte meg av enkle koder på både det transkriberte datamaterialet og utvalgte dokumenter. For å organisere brukte jeg i stor grad begrepene Olsen (1998) presenterer i sitt analyseverktøy se kapittel 2.8. Ved å fokusere på kontekstuelle faktorer, aktivitetsprofil og organisatoriske forhold har jeg kategorisert intervjuene og de tre utvalgte evalueringsrapportene. Dermed har jeg benyttet meg av disse kodene:

- Kontekstuelle faktorer: input fra tanzanianske myndigheter, pasientbetaling, sykehusets rolle i lokalsamfunnet, Input fra eksterne donorer, «Single National Health Insurance»
- Aktivitetsprofil: tilbud, antall pasienter, mor/barn tjenester, vertikale programmer, kvalitet på tilbud, forskning ved HLH, utviklingsagent
- Organisatorisk kapasitet: framtidig finansiering, ressursmobilisering, fremtidsplaner, kapasitetsbygging og nasjonalisering

Evalueringsrapportene fra Christian Michelsen Instituttet ble hovedsakelig brukt for å svare på hvordan sykehusets aktivitetsprofil ser ut. Rapportene gir god oversikt over blant annet pasienttall, utførte tjenester og kvalitetsvurderinger. En slik informasjonskilde ble ekstra nødvendig ettersom det ikke ble mulig å gjennomføre feltarbeid. Mens intervjuene mine ga mye informasjon om både kontekstuelle faktorer og arbeidet som drives innen organisatorisk kapasitet.

Datamateriale mitt er forholdsvis lite og derfor valgte jeg å skrive ut transkripsjonene og fargekode dem selv. Jeg har derfor ikke benyttet meg av andre digitale verktøy enn word for å gjennomføre den delen av jobben.

#### 4.5 Datakvalitet

Grønmo (2016, s. 237-239) sier at datakvalitet ikke kan vurderes på én generell måte, ettersom det hovedsakelig handler om hvor godt det innsamlede datamateriale er i stand til å belyse problemstillingen den skal belyse. Men noen forutsetninger burde oppfylles. Først og fremst må den innsamlede dataen være basert på forskningens prinsipper for sannhetsforpliktelse. Problemstillingen bør også baseres på forutsetninger som er forankret i tidligere forskning. Til slutt må gjennomføringen av datainnsamlingen foregå på en forsvarlig måte. Ved å ha disse kriteriene i tankene kan en systematisk gjennomgå og kritisk drøfte dataproduksjon og datamaterialet (Grønmo, 2016, s. 237-239)

For å sikre at mine innsamlede data har vært basert på forskningens prinsipper for sannhetsforpliktelse har jeg tatt flere grep. Gjennom søknad for gjennomførelse av prosjektet har jeg fått godkjenning for datainnsamlingen. Videre har jeg selv vært obs på å informere informantene mine godt om prosjektets formål. Jeg hadde ingen intensjoner om å sette HLH eller noen tilknyttet sykehuset i dårlig lys og var opptatt av dette for at informantene skulle svare så ærlig som mulig. I etterarbeidet med datainnsamlingen transkriberte jeg nøyaktig og utelot ingenting, noe som var en av styrkene med et mindre datamateriale. Spørsmålene mine gikk også i stor grad ut på faktiske prosesser, og var sjeldent verdiladet, noe jeg tenker kan ha gjort at svarene ikke har blitt pyntet så mye på. Men det er viktig å presisere at flere av informantene mine har eller har hatt en sterk tilknytning til HLH, og ettersom sykehuset er tjent med en god framstilling må dette tas i betraktning.

Jeg følte meg trygg på at forutsetningene var gode og basert på tidligere forskning selv om det var en særegen case. Problemstillingene baserer seg både på en bred konsensus i global bistand om viktigheten av bærekraft (se bærekraftsmålene) og på vid forståelse av at gode bistandsprosjekter ikke skal finansieres over lang tid, da dette kan føre til et avhengighetsforhold til bistanden (Smukkestad, 2008). Det er også store mengder forskning som setter søkelyset på bærekraftige helseorganisasjoner (LaFond et al., 2002; Olsen, 1998; Sarriot, Ricca, Ryan, Basnet & Arscott-Mills, 2009; Shediak-Rizkallah & Bone, 1998).



#### 4.5.1 Troverdighet og Gyldighet

Utenom disse generelle forutsetningene er det mulig å vurdere mer konkrete utfordringer og problemer ved enkelte forskningsarbeid. Da er det vanlig å bruke begreper som reliabilitet og validitet. Men Grønmo (2016) argumenterer for at disse begrepene ikke er like lett anvendelige i kvalitativ forskning som de er i kvantitativ. Derfor trekker han heller ut essensen av dem og snakker om troverdighet og gyldighet.

#### 4.5.2 Troverdighet

Johannessen et al., (2010) spesifiserer denne sammenligningen når de sier at reliabilitet handler om forskningsarbeidets troverdighet, og tar for seg undersøkelsens data: hvilke data, hvordan innsamling foregår, og hvordan de bearbeides. Innsamlingen og bearbeidelsen av datamaterialet mitt kommenterte jeg i henholdsvis 4.4.2 og 4.4.5. Oppgavens troverdighet dreier seg om fremgangsmåte og funn på en riktig måte treffer formålet med selve studien, og om de representerer virkeligheten. Videre handler det om resultater fra forskningsarbeidet kan overføres til andre lignende fenomener (Johannessen et al., 2010, s. 229-230).

I mitt forskningsarbeid er det vanskelig å teste overførbarheten, ettersom menneskelige tanker og uttalte meninger og min tolkning av dem, vanskelig lar seg etterprøve. Det har også vært i de eksakte møtene mellom informantene og meg at datamaterialet mitt har oppstått. I slike tilfeller er det ifølge Johannessen et al., (2010) ekstra viktig med åpenhet og transparens. Forskningsarbeidets interne troverdighet må hele tiden vurderes. Uansett hvor godt en har forberedt seg med intervjuguide og målet med undersøkelsene, kan man miste formålet underveis. I et slikt tilfelle trengs det en revurdering og tilpassing for å sikte seg inn på formålet med studien igjen. Det blir også viktig å ha god kommunikasjon med informantene underveis slik at misforståelser angående hva forskeren er ute etter ikke dukker opp. I mitt prosjekt har mine medstudenter, lærere på fakultetet og min egen veileder vært viktige sparringspartnere på dette området. Jeg har gjennom seminarer og veiledning fått bekreftelse eller avkreftelse på valg og tankerekker jeg har vurdert. Dette har også hjulpet meg med gyldigheten av funnene mine.

#### 4.5.3 Gyldighet

Et prosjekts gyldighet handler blant annet om hvorvidt datamaterialet som samles inn svarer på det forskeren vil ha svar på, og om funnene i en aktuell studie også er relevante for andre

(Halvorsen, 2008, s. 67). Gjennom overnevnte seminarer og veiledninger har jeg fått både bekreftelse og avkreftelse på gyldigheten av datamaterialet i forhold til ulike forskningsspørsmål. Det har vært en viktig prosess for å komme fram til det jeg mener er et datamateriale som svarer på de spørsmålene jeg stiller. Ettersom mitt forskningsprosjekt handler om en enkelt case, vil ikke funnene mine være generaliserbare, men det vil kunne være relevant. Ifølge Halvorsen (2008, s. 47) kan en oppgaves relevans være avhengig av den kumulative effekten. Det vil si at oppgaven bidrar til kunnskapsbygging i fagfeltet. Det mener jeg mitt prosjekt kan bidra med. Selv om HLH er en særegen case med mange spesielle forutsetninger, vil oppgaven belyse spørsmål som er relevante for flere. Det er ikke nødvendigvis ny forskning da lignende analyser er gjort tidligere, se blant annet Flessa (2001).

Utover dette er datamaterialet mitt lite, noe som påvirker relevansen. Men jeg har fått tilgang til sentrale perspektiver fra viktige aktører. Det hadde vært å foretrekke flere informanter, med flere ulike perspektiver for å belyse så mange relevante momenter som mulig. Det er store mangler i forhold til en helhetlig analyse som kunne vært nyttig for et sykehus som HLH, men det er like vel informasjon med mye tyngde på tross av at den hovedsakelig representerer HLH og arbeidet som gjøres fra et perspektiv.

#### 4.5.4 Intervju

Hvordan man velger å samle inn data påvirker også dataen man får. Ettersom jeg valgte uformell intervjuing med svært liten grad av struktur, fikk informantene mulighet til å prate ganske fritt. Ved å ta det valget mistet jeg tilgang til noe data. Hvis jeg hadde hatt strukturert intervjuguide og styrt intervjuene i større grad, kunne jeg i større grad ha bestemt hvilket datagrunnlag jeg ble sittende igjen med. Men da flere av intervjuene var med nøkkelinformanter, så jeg det mest hensiktsmessig at det de så som viktig kom fram. Også i forberedelsen til intervjuene tok jeg dette i betraktning og tilpasset temaene og noen sentrale spørsmål til de ulike informantenes felt. Styrkene ved dette er at jeg fikk informasjon og perspektiver med mye tyngde. Informantene hadde førstehåndserfaring med det de snakket om. En av svakhetene er at jeg ikke fikk ulike perspektiver og svar på de samme spørsmålene slik at det kunne sammenlignes.

Utover dette presiserer Grønmo (2016, s. 172) noen typiske problemer ved uformell intervjuing det er viktig å reflektere over. I intervjusituasjoner kan forskeren påvirke svarene ved å stille

ledene spørsmål eller provoserer informanten til å uttale seg på bestemte måter. Han nevner også muligheten for at informantens erindringsfeil eller selvpresentasjon kan påvirke svarene. I mine intervjuer var jeg som nevnt opptatt av å stille åpne spørsmål og la informantene styre samtalen i stor grad. Som nevnt tidligere hadde flere av informantene mine ett nært forhold til HLH og den samme informanten som fungerte som en døråpner for meg inn i dette miljøet kommenterte at en må tenke seg om i kontakt med dette miljøet. HLH er et hjertebarn for mange av de som har vært involverte og Norad har til tider virket ganske kritiske (A5). Jeg var dermed ekstra opptatt av å være klar på at dette prosjektet ikke var ute etter å ta noen.

#### 4.5.5 Refleksivitet

I forskningsarbeid er det viktig å være bevisst forholdet mellom datamaterialet, måten det fremstilles på og samfunnsforholdene som studeres. Forskerens egne oppfatninger, meninger og tolkninger kan påvirke dette, og den typen metodologiske utfordringer omtales som refleksivitet. Det går i hovedsak ut på at min egen bakgrunn kan påvirke min oppfatning og tolkning av dataen jeg samler inn (Grønmo, 2016, s. 21). I mitt forskningsarbeid har det vært viktig for meg å være bevisst min antakelse. Jeg hadde en tanke om at hva jeg forventet å finne, men jeg har vært bevisst dette i utforming av intervjuguider og utspørring av informanter. Ellers er det relevant å presisere at jeg har hatt kjennskap til HLH hele livet, men at det er alt det har vært. Jeg har hørt om det ettersom bekjente har vært der, men har aldri hatt noe tilknytning til det. Det har også vært viktig å være bevisst på at jeg kan påvirke informantene jeg snakker med gjennom hvilke spørsmål som stilles og hvordan de stilles. HLH er et trosbasert sykehus som har mottatt støtte i 65 år og har som følge av det vært gjenstand for kritikk. Dette fikk jeg konstatert i mitt første intervju.

Det som, bare så du vet om det, en del Haydomfolk har vært litt sensitive på, hm, av og til når det skrives rapporter fra Noradfolk, så føles det som urettferdig kritikk. Du må bare vite om det, så derfor er det ikke alltid det er så enkelt å diskutere, hvis du kritiserer min baby så liker jeg deg ikke. Men det har også litt med hvordan man angriper problemene ... hvis det eneste de sier fra Norad føles det som urettferdig kritikk, bare vit at det er litt sånne skal vi sånne sensitive ting. Som kan påvirke samtalen, bare vær klar over det. (A5)

Jeg har aldri hatt som mål å lete etter problemer eller å kritisere, men jeg ble ekstra opptatt av å gjøre informantene mine klar over det. Slike bistandsprosjekter vil alltid ha mange vinklinger og det vil alltid være mange meninger. Datamaterialet mitt er ikke stort nok til å representere alle, og størsteparten av det kommer fra et miljø med sterke bånd til HLH. Men min opplevelse

fra disse har vært at det er reflekterte betraktninger som viser flere aspekter av HLH. Jeg merket like vel denne dette miljøet godt, det har vært flere mulige informanter som har takket nei til å være med på prosjektet ettersom de mener deres meninger ville blitt gjenkjent.

#### 4.6 Etiske hensyn

I et forskningsprosjekt er det flere etiske hensyn å ta stilling til. Når en snakker om forskningsetikk snakker en både om forskningsetiske prinsipper og forskningsetiske retningslinjer, altså et juridisk ansvar (Johannessen, et al., 2010, s. 89).

Det juridiske ansvaret omhandler blant annet personvern og for å sikre dette er informantene blitt anonymisert. Ettersom alle informantene mine har vært over 16 år har jeg kun trengt deres samtykke for å delta. Denne har jeg fått skriftlig av noen og muntlig av andre, alle informantene fikk et infoskriv om prosjektet som også fungerte som samtykkeskjema, men ettersom alle intervjuene foregikk på Zoom eller over telefon var det noen som ikke tok seg bryet med å skrive ut og sende tilbake. Infoskrivet informerte om informantenes rettigheter til å trekke seg når som helst og hva prosjektet de ble med på handlet om.

Ettersom jeg skulle ta opp lyd (som regnes som personopplysning) samt få tilgang til personopplysninger og lagre dette i mitt prosjekt, måtte jeg søke godkjenning hos NSD, Norsk Senter for Forskningsdata, for å få gjennomføre.

Det er også viktig å ta hensyn til forskningsfeltet i analyse og fremvisning av resultater. Jeg har ikke hatt som formål å henge ut noen eller bruke unødvendige sitater for effekten sin skyld. I uformelle intervjuer hvor situasjonen ligner mer på en samtale enn et intervju, kan både forsker og informant forsnekke seg litt eller si feil. Dette er lett å reagere på når man transkriberer i ettertid, men da har det vært viktig for meg å huske på situasjonen og ikke tillegge informanten en mening som ikke var der.

## 5 Analyse: Haydom Lutheran Hospital, en utviklingsagent?

*På hvilken måte har Haydom Lutheran Hospital vært en utviklingsagent?*

For å svare på problemstillingen min har jeg valgt å gi en liten oversikt over historien til HLH. Denne historien er for innholdsrik og lang til å bli presentert i sin helhet, men jeg trekker fram hendelser av særlig relevans problemstillingen. Det er også aspekter ved historien som er relevante for min andre problemstilling, som vil tas opp igjen i kapittel 6.

Haydom Lutheran Hospital (HLH) åpnet offisielt dørene 15. Januar 1955. Den gang var det 21 ansatte og de hadde 50 sengeplasser (Enes, 2004). I 2017 hadde sykehuset 420 sengeplasser og 612 ansatte. HLH leverer helsetjenester til et primærområde med en befolkning på ca en million mennesker. Men på grunn av sykehusets størrelse og kvalitet refererer også andre helseforetak pasienter dit. Hele regionen som har HLH som referansesykehus har en befolkning på omtrent tre millioner mennesker (Svanemyr & Mollel, 2018, s. 9). Sykehuset har altså endret seg mye fra den gang det åpnet. Ettersom jeg ikke fikk muligheten til å reise dit, har jeg gått glipp av gode muligheter for tilgang til historisk materiale fra sykehusets arkiv, så vel som informanter. Men også opplevelsen av å være på sykehuset og i Haydom, der hvor ingen skulle tro at noen kunne bo. Dermed er jeg nødt til å basere mine inntrykk om stedet, på beretningene til informantene mine og andre jeg kjenner, som har vært der. På tross av at jeg har gått glipp av dette, mener jeg at historien til sykehuset er viktig for den nåværende situasjonen. Jeg vil også argumentere for at historisk kunnskap er viktig kunnskap for veien videre for sykehuset. Historien jeg har fortalt om Haydom er i stor grad basert på Bjørn Enes sin bok *Eventyret om Haydom* som kom ut i 2004 i forbindelse med sykehusets 50-årsjubileum i 2005. Det å bruke denne boken som utgangspunkt har fordeler og ulemper. Det var Stiftelsen Haydoms Venner som tok initiativet til å få boken utgitt. Haydoms Venner er en frivillig organisasjon som hovedsakelig arbeider ut av Mandalsområdet i Sør-Norge. De har som hovedmål å støtte sykehuset med økonomiske midler, og har vært delaktige i flere utvidelser. Intensjonene til Haydoms Venner er klare i forordet:

Ønsket til Haydoms Venner som har tatt initiativet til å få utgitt boken, er at dette fellesskapet bevares og utvikles videre. Sykehuset, Haydom og Tanzania har langt frem før fattigdom og nød har byttet plass med trygghet, velferd og helse. Utgiveren håper at «Eventyret i Haydom» vil bidra til en slik utvikling. (Enes, 2004, s. 8)

Boken må derfor leses med dette i bakhodet; den er utgitt med et formål og er initiert av en organisasjon med særinteresser. Men det er også en kilde med en veldig nærhet. Flere av de første misjonslegene, som var ved sykehuset, kommer med egne beretninger, og sentrale aktører fra norsk bistandsarbeid bidrar med noen av sine synspunkt. Bjørn Enes, som ikke har hatt noe spesiell kobling til misjonsmiljøet i sitt liv, tilbrakte lengre tid ved sykehuset. Han fikk også snakke med sentrale personligheter i historien om Haydom. Dermed legger han fram en historie som er skrevet godt og artig, men som virker reflektert og gjennomtenkt. Det er like vel viktig å være bevisst bokens opphav og intensjon, hvis man er det er det en god kilde for viktig og relevant informasjon.

## 5.1 Ved foten av et fjell

Haydom ligger i Manyara-regionen i Tanzania ca 250 km sør-vest for Arusha, som er nærmeste urbane sentrum. Stedet har navnet sitt fra fjellet Haydom. Denne plasseringen har bydd, og byr fremdeles på mange utfordringer. Før sykehuset ble plassert der, var det et område både kvegfolk (Datoga) og bønder (Iraqwe) i regionen var forsiktige med å nærme seg. Tsetse-fluen, som var bærer av sovesyken, trivdes godt der, og denne kunne ta livet av hele dyreflokker og til tider også de eldre og svake. Dermed var stedet i stor grad forbeholdt jeger- og samlerfolket (Hadzebe), for de fryktet ikke en slik forbannelse på samme måte som dem som var avhengige av dyrene sine (Enes, 2004, s. 37-39).

På denne tiden lette norsk misjon etter nye marker og hadde bestemt seg for at et sykehus nordvest i Tanzania var et mål. Men her hadde fremdeles britene styringen, og i Mbulu, som var distrikts hovedstaden i Manyara, skulle de åpne eget sykehus. Britene ville ikke ha en konkurrent i nærheten og samtidig var det også flere katolske misjonærer i distriktet. De hadde ikke noe til overs for den lutherske retningen. Dermed kom britene fram til, etter påvirkning av de katolske misjonærene, at dette var en mulighet for å få folk til å flytte til Haydom. Der hadde de nemlig med hjelp av pålagt pliktarbeid riktignok, ryddet all skog, slik at Tsetse-fluen hadde forsvunnet. Så slik endte det. Britene tildelte den norske misjonen dette platået ved foten av et fjell kalt Haydom, hvor ingen ville føre kvegflokkene sine. Datogaene og Irqwene trodde ikke at skogrydding var nok til å bryte forbannelsen som de mente hvilte over stedet (Enes, 2004).

## 5.2 Tidslinje

En kort oversikt over store endringer sykehuset har vært gjennom:

1955: Offisiell åpning av Haydom Lutheran Hospital Totalt 50 sengeplasser

1961: Tanganyika blir et fritt land, Julius Nyerere blir president

1964: Tanzanias Evangelisk-Lutherske Kirke (ELCT) overtar sykehuset, men misjonen fortsetter støtten.

1967: Første store utvidelse. Totalt 250 sengeplasser.

1972: Starter egen åkerdrift for å være selvforsynt og skaffe inntekter.

1984: Andre store utvidelse. Egen barneavdeling. Totalt 300 sengeplasser. Åpner egen sykepleierskole

1988: Haydom får eget vannverk.

1992: Brudd mellom ELCT og Norsk Luthersk Misjonssamband (NLM), Canadisk U-hjelp overtar ansvaret.

2002: Ny barneavdeling. Totalt 380 sengeplasser.

2007: Amani Ward, avhengighetsklinikk.

2009: Oppussing og utvidelse av gammel mor/barn avdeling, Totalt 420 sengeplasser.

2010: Regionalt referansesykehus.

2015: Kirkens Nødhjelp tar over grant management 2015-2018

2019: Nytt grant 2019-2022

## 5.3 Den første Dr. Olsen

Samtidig som den norske misjonen var i dialog med britene om mulighetene sine i Tanzania, skjedde det store omrokeringer i andre deler av verden. I Norsk håndbok for misjon 1952 (Myklebust, 1952, s. 11) står det skrevet «Hva norsk misjon i China angår, førte det nye styret til at samtlige misjonærer måtte evakuere.» Da Mao ble president i Kina i 1949 og innførte sitt kommunistiske styre, ble utenlandske misjonærer presset ut av landet. Dette er en essensiell hendelse for den videre historien til HLH, ettersom kinamisjonæren Olaf Olsen var en av dem som måtte evakueres. Dr. Olaf Olsen og hans kone Borghild Evjen Olsen hadde drevet med misjonsarbeid i 30 år, størstedelen av tiden i Kina. Men nå ble han spurt om å være med på prosjektet med å starte hospital i Tanzanias, på den tiden Tanganyikas, rurale landskap (Hunnestad, 1960, s. 280-281).

15. januar 1955 åpnet sykehuset offisielt dørene med Olaf Olsen som overlege og den gang eneste lege. Allerede helt i starten var sykehuset overfylt, på tross av forbannelsen som hvilte over stedet. Olaf sendte tidlig brev hjem til misjonen om at de trengte midler, da det til enhver tid var rundt 80 innlagte pasienter fordelt på sykehusets 50 senger og gulvet mellom dem. Det faktum at sykehuset var så populært helt fra starten av tilskrives jungeltelegrafene. Ryktet spredte seg utover slettene om en mann som kunne det å kurere syke. Denne rykteflommen startet i november 1954 da en leopard inntok arbeiderlandsbyen og skadet fire av arbeiderne. Dette førte til at Olaf Olsens første operasjoner måtte gjennomføres i en uferdig operasjonssal hvor vinduene enda ikke var satt inn. Hullene hvor vinduene skulle ha vært var denne dagen fylt av nysgjerrige arbeidere, og de fikk se med egne øyne underverkene luthersk medisin kunne gjennomføre. Dette ble beskrevet av Jon Jøssang, en av de første misjonærene som var med å bygge sykehuset i Enes (2004, s. 58-63).

Mens alt dette foregikk i Haydom holdt en av Olaf Olsens sønner, Ole Halgrim Evjen Olsen, på med legestudiet hjemme i Norge. Videre skulle Ole Hallgrim følge sin fars fotspor og vie livet sitt til misjonen som lege. I 1961 reiste han til Haydom med sin kone Kari Evjen Olsen. Når en snakker om Dr. Olsen ved HLH er det ikke den første man snakker om, det er den andre.

#### 5.4 En sterk leder

Dr. Olsen var ikke bare en misjonslege som jobbet ved sykehuset, og Kari er ikke bare en misjonskone. Allerede i løpet av sine første år ved sykehuset viste han at han ikke var en typisk misjonslege. Problemene han så var ikke bare av typen som skulle løses med bønn eller medisin, men med traktor, eller bil, eller verksted. Til og med en flystripe ville Dr. Olsen ha, og en radio, for det ville være viktig for sykehusets framtid. Det som var med Ole Hallgrim var at da han ville dette, så ble det verksted, flystripe og radio. Med hjelp fra flystripa og en engelsk kirurg, som også var pilot, ble ordet om Haydom spredt, og representanter fra «Oxford Committee for Famine Relief» og det Lutherske Verdensforbundet kom på besøk allerede under første halvdel av 60-tallet. En slik pragmatisk tilnærming til misjonsoppdraget virker etter alle beretninger å være bilde av Dr. Olsen, og et ofte gjengitt sitat fra doktoren er «Vi ser hva som må gjøres – og så forsøker vi å gjøre det» (Enes, 2004, s. 131).

Sykdomsbildet ved sykehuset og i området rundt var bredt og allsidig som ved de fleste sykehus. Men sykdommer som kunne tilskrives dårlig vann gikk igjen, som infeksjoner,



uttørking og ernærings sykdommer. De største folkegruppene i området drakk melk, mer for å bekrefte båndet mellom husholdning og husdyr enn for næringen den gir, ettersom viktigheten av vitaminer og kalsium ikke var på agendaen. Men her så Dr. Olsen et problem, dyrene fikk ikke nok vann, så det ble ikke nok melk, også prøvde han å gjøre noe med det. Med økonomisk støtte fra det Lutherske Verdensforbundet og en god venn som tolk reiste han ut for å overtale landsbyene i området til å kjøpe brønn av dem. Stammene skulle betale og utnevne et utvalg fra landsbyen som var ansvarlige for vedlikehold av brønnen. Innen et år var gått hadde sykehuset mangedoblet sin vannforsyning, og flere av landsbyene rundt hadde fått tilgang til rent vann (Enes, 2004, s. 130-134).

Fra «Oxford Committe for Famine Relief» kom det også penger. Dette var for å støtte en utvidelse av sykehuset, en ny lungeavdeling. Dr. Olsen tegnet og regnet, men selv om det var kommet penger til å bygge, var ikke de økte driftsomkostningene en utvidelse ville føre til dekket. Men sykehusets nye eiere (ELCT) sendte søknader til misjonssambandet, til norsk utviklingshjelp og en tysk organisasjon kalt «Brot für die Welt». Av disse var det kun Brot für die Welt som sa ja, men det holdt. Da Olsen var ferdig med å tegne og regne og skissene ble sendt til arkitekt i Arusha, tegnet han rett av skissene til legen og arbeidet kom i gang. Historien har det til at dette var siste gang Ole Hallgrim hadde bruk for en arkitekt. Utvidelsene hadde blitt flere og større, nå var det ikke bare snakk om en ny lungeavdeling, men en ny hovedavdeling, ny mor-barn-avdeling, ny tuberkuloseavdeling, nytt operasjonsanlegg, ny røntgenavdeling, nytt vaskeri og et hus hvor pårørende kunne overnatte og lage mat. Utvidelsene stod ferdig i 1967, og det var så store endringer at de holdt en ny åpning av sykehuset (Enes, 2004, s. 136-138).

70-tallet var et tungt tiår for Tanzania, noe jeg kommer tilbake til i delkapittel 5.5. Men HLH fortsatte arbeidet samtidig som de søkte bedre framtidssikter. Dr. Olsen fikk i gang en forutdannelse for sykepleiere som med tiden skulle bli en egen sykepleierskole, en så viktig hendelse at jeg har tatt det opp igjen i kapittel 5.6. Ellers var dette en av periodene han tilbrakte hjemme i Norge og jobbet på sykehuset både i Drammen og i Arendal midt på 70-tallet før han kom tilbake til Haydom i 1977. Nå ble han der bare fire år før han var ferdig med sin kontrakt med misjonssambandet i 1981 (Enes, 2004, s. 172,180).

Fra 1981 til 1989 var Dr. Olsen hjemme og jobbet som overlege ved Mandal sykehus. I denne perioden stormet det rundt den tidligere misjonslegen. Sykehusstrukturen i Norge skulle moderniseres og Mandal sykehus skulle legges ned. Kristiansand sykehus skulle overta hele distriktet. Denne strategien var Olsen sterkt uenig i og han plukket argumenter og regnestykker fra hverandre og med seg på lasset fikk han hele Mandals befolkning. Da det var dags for neste valg, skygget partiene banen og Mandal sykehus skulle ikke bare ikke legges ned lengre, det skulle utvides. En slik evne til å engasjere er det andre bildet som blir malt av Ole Hallgrim Evjen Olsen. Men det vekker ikke bare begeistring, lokalt engasjement kan fort komme i veien for større strukturer, både i Norge og i Haydom. I «Eventyret om Haydom» siteres daværende ekspedisjonssjef hos NORAD «Doktor Olsens strategi er å rette blikket mot individet, nøden og sykdommene istedenfor helheten»(Enes, 2004, s. 180) og denne egenskapen førte til at «Det har vist seg umulig å kjempe mot Doktor Olsen»(Enes, 2004, s. 179).

Forholdet med misjonssambandet ble også betent, og da kirken i Tanzania (ELCT) ville ha Dr. Olsen tilbake til Haydom fikk de nei av misjonssambandet. Så de gikk rett til den norske ambassaden i Dar es Salaam og la fram et forslag for dem. Om ikke ambassaden eller NORAD kunne betale lønnen hans rett til ELCT, istedenfor gjennom misjonssambandet, men også der fikk de nei. Så da gikk de rett over veien til Canadas High Commission og der fikk de ja. Canadierne hadde nettopp solgt store hvetefermer i området og hadde dermed «revolving funds» stående. Disse skulle gå til andre bærekraftige prosjekter i området ettersom hvetefermene ikke hadde blitt suksessen de så for seg. Så da ble Dr. Olsen lønnet av canadiske myndigheter de neste tre årene mens han var tilbake ved sitt andre hjem, som overlege på HLH. Denne konflikten med misjonen er det ikke mange spor etter, men en representant fra NLM siteres i Enes (2004, s. 172) «Problemet er at det vokser så dårlig under store trær».

Ole Hallgrim Evjen Olsen var etter alle beretninger en mann av sine ord «vi ser hva som må gjøres, så gjør vi det». Han var overlege og direktør, og det sies at hele administrasjonen fikk plass i brystlomma på sykehusfrakken hans (Enes, 2004, s. 178). Historien om Haydom er veldig mye mer enn historien om Dr. Olsen, og det er klart at han ikke hadde fått til alt som har skjedd ved HLH alene. Hans kone Kari Evjen Olsen eller Mama Kari, som hun var kjent som, fortjener også en viktig plass, samt alle de instanser og aktører som har vært på banen hele veien. Men Dr. Olsen er kanskje et av de aspektene ved HLH som skiller dette prosjektet fra så mange andre og har derfor fått stor plass.

## 5.5 Frigjøring, nye eiere, Nyerere og Ujamaa

I 1961 ble Tanganyika et fritt land. Julius Nyerere ble landets første president. Han erklærte seg selv sosialist, noe de sosialdemokratiske landene i Norden la merke til. De ville støtte mannen som skulle innføre en afrikansk sosialisme i Tanganyika. Den første involveringen fra Norge var allerede i 1961, da var det støtte til et enkeltprosjekt, byggingen av et stort konferansesenter. Bare fem år senere ble Tanzania en prioritert samarbeidspartner for Norge, noe det har vært siden (Håskoll-Haugen, 2012). I 1964 slo fastlands Tanganyika og øygruppa Zanzibar seg sammen til Tanzania. Noen få år etter landets frigjøring, tok den nyoppstartede ELCT over eierskapet av HLH, men driften ble fremdeles dekket av norsk misjon. Ved HLH bestod også den skandinaviske staben. Etter hvert som Nyereres veldige selvbergingspolitikk fikk mer fotfeste var dette noe ELCT også ville gjennomføre, og etter Arusha-erklæringen sa de at de selv skulle overta det økonomiske ansvaret for sykehuset (Enes, 2004, s. 168-169).

I 1967 stod det nye HLH ferdig og Nyerere var til stede ved åpningen. Han viste spesiell interesse for det som var gjort rundt sykehuset, som de 18 borehullene og brønnene som hadde blitt satt opp i omkringliggende landsbyer. Dagen etter åpningen reise han til Arusha og holdt sin berømte tale «Arusha Declaration», hvor «self-reliance» var et kjernebegrep. I talen han holdt den dagen nevnte han Haydom som et eksempel for etterfølgelse, en landsby hvor det tradisjonelle møtte det moderne. Selv om det senere skulle vise seg at dette ikke var uproblematisk, var det der og da en stor hendelse for Haydom, som virkelig ble satt på kartet (Enes, 2004, s. 145-149).

Ibhawoh og Dibua (Ibhawoh & Dibua, 2003) peker på at Julius Nyerere sin tanke om at den tradisjonelle landsbyen skulle knyttes sammen med det moderne kulminerte i Ujamaa-politikken og «Villagisation». Nasjonens landsbyer skulle være dens ryggrad, og den tradisjonelle familiekjærligheten skulle utvides og omfavne alle tanzanianere. For Nyerere stod dette over alt, det ideelle samfunnet måtte bygges på frihet, likhet og samhold. «Villagisation» var verktøyet som skulle brukes, nye landsbyer skulle bygges, og hit skulle folk flytte. Disse landsbyene skulle ha marked og jordlapper som skulle dyrkes av hele landsbyen, men også brønn, skole og helsetjenester, det tradisjonelle skulle knyttes sammen med det moderne. Og det var der Haydom ble brukt som eksempel, stedet som nesten var folketomt for bare 15 år siden, men hvor det var bygd ut 18 brønner folket selv rådet over. Da det viste seg vanskelig å gjennomføre en slik flytting av folket utover 70-tallet, ble det innført tvang. Tanzanianerne

skulle flytte til de nye landsbyene. Som jeg viste til i kapittel 3.1 opplevde landet økonomisk vekst fra 1970 til 1976, men dette vedvarte ikke. Mot slutten av 70-tallet slo politikken til Nyerere mer og mer sprekker, og økonomien stagnerte helt. På toppen av dette kom tørken. Flere år uten nevneverdig regn gjorde tvangsflyttingen og den dårlige økonomien enda verre for den forholdsvis nye nasjonen, og de merket det også i Haydom. Flere av dem som hadde flyttet til Haydom på grunn av sykehuset innvirkning på området ble re-lokalisert med hjelp av tvang. Brønnene som en gang hadde vært et eksempel på hva Nyerere ville oppnå forfalt ettersom komiteene som skulle ivareta dem ble flyttet, tørken traff også Mbuluhøylandet og prisene på de lokale markedene skøyt i været. Kirken som hadde sagt at de skulle overta driften av HLH måtte bruke sine penger på nødhjelp og søkte nå det samme selv (Enes, 2004, s. 168-169). På tross av denne vanskelige tiden skjedde det viktige endringer i Haydom.

## 5.6 Sykepleierskolen

Tanzania var sterkt påvirket av Ujamaa-politikken og økonomisk nedgang, Haydoms befolkning ble tynnet ut og prisene på markedene overgikk de som var der sin betalingsevne, men HLH fortsatte å vokse. Den første store utvidelsen i 1967 hadde ikke vært mulig om det ikke hadde vært for fagpersonell fra andre deler av Tanzania. Men det å måtte hente personell fra andre steder har utfordringer, for det første var det underskudd på kvalifisert personell i Tanzania også den gang. For det andre var Haydom et lite sted, en nybyggerby som ikke appellerte til alle, og hvis folk ikke trives reiser de igjen. Også var det språket, hvis en kom fra andre steder i Tanzania kunne man gjerne ikke kommunisere med pasientene. Menneskene som bodde i og rundt Haydom hadde ikke lært seg swahili (Enes, 2004).

HLH søkte tillatelse hos den tanzanianske regjeringen til å starte sykepleierskole, men det skulle myndighetene gjøre selv. Dermed måtte åpningen utsettes, men på sykehuset var det mange flinke assistenter og sykehuset hadde troen på talentene som var der. Problemet var bare at de ikke hadde videregående utdanning som krevdes hos sykepleierskolene ellers i landet. Dermed ble det til at HLH startet «Pre-Nurse school» i 1973. Det første året var det 16 elever, en av dem het Isaack Malleyeck og i 2005 var han blitt sjefslege (Enes, 2004, s. 166). I 1984 ble før-sykepleierskolen offisielt innviet av Julius Nyerere som en fullverdig sykepleierskole og var da godkjent for «certificate level» utdanning. Ti år senere ble den oppgradert igjen til å nå tilby «diploma level». I 2016 kom det nok en utvidelse som tilførte nye studieprogrammer

og studenter kommer i dag fra hele landet for å studere i Haydom (Haydom Institute of Health Sciences, 2021).

Det å åpne egen sykepleierskole var viktig for HLH, men også for Haydom skulle det vise seg. HLH fikk nå muligheten til å utdanne egne sykepleiere slik at de fikk en sikker tilgang på denne ressursen. Men det var ikke bare en seier for HLH, det ga også muligheten for utdanning til de som nå hadde bosatt seg i området. Og som historien har vist, sprer ordet seg i Mbuluhøylandet og flere kom til. Slik ble sykepleierskolen ikke bare en ressurs for sykehuset, men også en ressurs for landsbyen. I 2005 var det et pliktår med arbeid ved HLH for alle de 40 studentene som ble uteksaminert årlig (Enes, 2004, s. 166). Jeg har ikke klart å finne oppdatert informasjon på om dette fremdeles gjelder, men etter utvidelsen i 2016 har man nå også mulighet til å studere for å jobbe på medisinsk laboratorium og som kliniker ved skolen (Haydom Institute of Health Sciences, 2021).

## 5.7 HLH som utviklingsagent

*På hvilke måter har Haydom Lutheran Hospital vært en utviklingsagent?*

I dette korte sammendraget av HLH sin historie har jeg på ingen måte fått dekket alle forholdene som er relevante å diskutere i denne sammenhengen. Men det er tydelig at HLH har vært involvert i mye mer enn bare helsearbeid i området rundt sykehuset. Dermed blir det interessant å diskutere HLH sin rolle som utviklingsagent gjennom årene og hvilke følger det har hatt. Dr. Olsen selv sa det slik «Holistic approach, det betyr å tenke på hele mennesket» (Enes, 2004, s. 262). Denne tilnærmingen har sykehuset holdt fast ved og i den årlige rapporten fra HLH i 2008 sier sykehuset:

Haydom Lutheran Hospital (HLH) was built in 1954 and has since its inception slowly developed to be one of the largest and most comprehensive development projects in Tanzania. It not only covers the medical needs of the people it serves, but also the developmental and human needs of the community. (HLH, 2008)

Også på sykehusets hjemmesider ser vi sporene etter Dr. Olsen idag «To cater for the needs of the whole human being- Physically, mentally, Spiritually and socially.» (HLH, 2017). HLH har altså et uttalt mål om å nå mennesker på flere måter enn gjennom medisin. Denne tilnærmingen tyder på at de søker en rolle som utviklingsagent i området, noe som strekker seg tilbake til Dr.

Olsens tidlige dager. Da anskaffelse av vann til folket ble en løsning på medisinske utfordringer ved sykehuset, men også samfunnsmessig utvikling.

Jeg har sett nærmere på hvilke måter denne rollen oppfylles. Jeg har valgt ut noen områder hvor HLH har hatt en direkte innvirkning, og noen områder jeg mener de har en mer indirekte påvirkning. Først og fremst tar jeg for meg den rollen helse har for utvikling, deretter infrastruktur, utvikling av lokalsamfunnet og til slutt nødhjelp.

### 5.7.1 Helse for utvikling

Bedre helse for området er og har alltid vært sykehuset primærfunksjon. Som da sykehuset begynte med mobilklinikker på 70-tallet. De kjørte ut til landsbyer rundt sykehuset for å nå ut til flere gravide, ferske mødre og nyfødte barn. Det var langt å gå for gravide kvinner når de skulle på sine rutinemessige oppfølginger ved sykehuset, det samme hvis man hadde små barn. Dette viste seg å bli et stort steg på veien mot lavere barnedødelighet i området (Enes, 2004, s. 166).

Sykehuset leverer ulike helsetjenester til over 100 000 mennesker årlig (Svanemyr & Mollel, 2018, s. 17). Den direkte påvirkningen HLH har på befolkningens helse er altså stor, men jeg vil argumentere for at sykehuset også påvirker helsen til en større del av befolkningen. Det er mulig å trekke fram eksemplet hvor HLH drev med brønnboring og skaffet vann til folk og dyr. Både for å minke infeksjoner og uttørking, men også ernærings sykdommer ved at kyr ville produsere mer melk. Utover dette er det relevant å trekke fram egne erfaringer i Tanzania. Sykehus eller helsestasjoner er ikke alltid det første stedet som oppsøkes ved sykdom. Tradisjonelle medisinmenn og bønn har fremdeles en plass hos befolkningen, som man også kan se på uttalelsene til den nylig avdøde presidenten John Pombe Magufuli om at bønn, urtete og dampbad hadde satt en stopper for koronasmitten i landet (Makoye, 2021). Praksis med bruk av tradisjonell behandling er også mer utbredt i rurale områder enn i urbane sentrum, derfor er sykehus som HLH viktige. Utover helsetjenestene de leverer er de med å skape større tiltro til forskningsbasert medisin. I intervjuet med A2 nevner hun den viktige jobben HLH gjør med å levere helsetjenester til et veldig fattig område i Tanzania, før hun sørlig nevner «i disse covid tider. Det å utruste de lokalsamfunn rundt sykehuset til å håndtere covid når det ikke er «offisiell» covid i Tanzania» (A2)

Selv om informanten snakker om Covid, mener jeg konseptet er sentralt. Det å utruste slike lokalsamfunn med kunnskap om folkehelse generelt. Bærekraftsmål nr. 3 understreker viktigheten av god folkehelse for å få til ønsket utvikling. Det samme gjorde innføringen av HDI allerede på 90-tallet. God helse er et viktig element for å måle menneskelig utvikling. Det at mennesker får tiltro og kunnskap til moderne vitenskap om ernæring og helse er noe som bidrar til bedre helse og redusert dødelighet – ikke minst blant barn.

### 5.7.2 Infrastruktur

Da sykehuset startet mobilklinikken og skulle kjøre ut til de ulike landsbyene var det problematisk. Ingen i områdene rundt HLH kjørte bil og dermed var det bare stier, men nå ble veier viktig. Veier hadde aldri vært en del av livet i Mbuluhøylendet, men HLH tok ansvar på samme måte de hadde tatt ansvar før, de delegerte. Landsbyene som var interessert i besøk av mobilklinikken måtte lage veier som var fremkommelige for sykehusets biler og de måtte grave grøfter slik at vannet i regntidene kunne renne bort. Med tiden fikk området veisystem, og dette måtte igjen vedlikeholdes. Dermed ble landsbybefolkningene ansvarliggjort (Enes, 2004, s. 166-167). Etter hvert som sykehuset vokste og de fikk muligheten til å nå ut til enda flere, måtte nye veier ordnes. Flere av veiene trengte broer for å komme over det som er knusktørre grøfter i tørketid og kraftige elver i regntiden. Hvis broene ble ødelagt var det landsbyen veien førte til, som var ansvarlig for å fikse dem igjen, hvis de manglet utstyr kunne de alltid kontakte sykehuset (Enes, 2004, s. 252).

Denne utbyggingen av veier påvirket ikke befolkningen i stor grad utover tilgang til mobilklinikken i starten. Det var ingen andre enn HLH som hadde biler. Men utover 70-tallet kom sykkelen til Mbuluhøylendet, og det skulle vise seg å ikke være en liten forandring. Markedsdagene ble større som følge av bedre transportmuligheter, og man var i mye mindre grad knyttet til sin egen landsby. Når markedsdagene ble større, økte også pengestrømmen, og flere kom til for å selge sine varer. Dermed ble pengeøkonomien også viktigere rundt og i Haydom, noe som åpnet opp nye muligheter (Enes, 2004, s. 192).

### 5.7.3 Utvikling av lokalsamfunnet

Lokalsamfunnet i Haydom har i stor grad blitt påvirket av sykehusets vekst, både gjennom direkte og indirekte ringvirkninger. Det er startet flere skoler, eget vannverk, verksteder og i

2004 åpnet den første internettkafeen (Enes, 2004, s. 232). A5 forteller om sykehusets innvirkning på området:

Det har hatt enorm betydning, det at det er et sykehus som både har skaffet rent vann, først og fremst til sykehuset, men også til befolkningen. Og også ... når du har folk som tjener penger der, så vil du også finne business der, og etter hvert så får du busser som kjører dit, så det har, selv om det var bare en hytte der før det begynte, dette var tsetse fluenes jaktmarker. (A5)

A5 nevner spesielt tilgangen til vann. I forbindelse med at sykehuset trengte en stabil vannforsyning lagde de en pumpestasjon utenfor Haydom og la rør inn til sykehuset og byen. På veien satt de opp flere pumpestasjoner. Rundt pumpestasjonene satt de skur og ansatte kvinner til å ta betalt for vannet. Billig nok til at alle hadde råd, men dyrt nok til at folk ikke skulle sløse med det (Enes, 2004). Tilgang til rent vann er helt essensielt for et sykehus, men også for folkehelsen generelt. Og det er et viktig fokusområde for verdens helseorganisasjon (WHO, 2021).

I kapittel 5.6 kommenterer jeg oppstarten og utviklingen av sykepleierskolen ved HLH. Det var ikke bare en sentral hendelse for sykehuset som jeg kommer tilbake til, men også for lokalsamfunnet. Med oppstarten av den, fikk de lokale mulighet til å ta en høyere utdanning. Også her kan linjene trekkes til HDI, og viktigheten av utdanning for menneskelig utvikling. Det å gi mennesker utdanning står høyt på den norske utviklingsagendaen. I 2020 var nesten 8% av norsk bistand øremerket utdanning. 8% høres ikke ut som et fokusområde, men styresett, sivilt samfunn og konfliktforebygging som fikk mest øremerket bistand, fikk 13% (NORAD, 2020a). I 2012 ble det også startet en yrkesskole av sykehuset med sine partnere, Stiftelsen Haydoms Venner var blant annet sentrale i dette arbeidet. Akkurat hvorfor denne skolen ble bygget har jeg ikke fått svar på, men det kan tenkes at det er av samme grunn som sykepleierskolen. Sykehuset trenger teknikere, mekanikere og bygningsarbeidere som det kanskje ikke er nok av i Haydom. Men det kan også tenkes at det er et svar på den voksende befolkningen i området. En stor del av Tanzanias befolkning er også barn og unge voksne (FN-sambandet, 2020), og at dette ble gjort for å bedre forholdene til lokalbefolkningen er ikke utenkelig.

Som nevnt i kapittel 5.4 uttaler en representant for NLM at «problemet er at det vokser så dårlig under store trær» i forbindelse med Dr. Olsen. Kanskje kan dette ses på en annen måte, at det i



tilfellet HLH og området rundt har grodd veldig godt under det store treet. Men et mulig problem er at når treet forsvinner, forsvinner også røttene og bakken blir ustabil. Som denne fortellingen viser har pågangsmotet og staheten til Dr. Olsen framprovosert en veldig vekst for sykehuset, men også i området rundt sykehuset. I så måte kan man se på Dr. Olsen som det Shediac-Rizkallah og Bone (1998) kaller en «Project Champion», det er en de beskriver som en forkjemper for et prosjekt. En «project champion» kobler også prosjektet med omgivelsene rundt, både nære og fjerne. Men en slik person kan også ta mye plass og dermed etterlate seg et stort hull når den trekker seg ut av prosjektet. At Dr. Olsen har vært en stor forkjemper for HLH og at han har vært sentral i å koble sykehuset med både området rundt og de større omgivelsene (globale bistandsmiljøer) er det liten tvil om. Hans rolle i forhold til de fjerne omgivelsene og om bakken under han har blitt ustabil etter hans død, er spørsmål jeg kommer tilbake til i kapittel 6 og 7.

Som utviklingsteorien og bistandsteorien (kapittel 2) viser, er det ikke enighet om at all bistand er god bistand, og av og til kan det føre til en dårlig utvikling. Haydom har vokst og sykehuset har alltid hatt en sentral rolle i det, de har ved flere anledninger skaffet midler i krisesituasjoner og hjulpet menneskene i området. Og selv om sykehuset hele tiden har levd fra hånd til munn selv, har det vært ressurssterkt i forhold til omgivelsene, informant A5 sa det slik:

Folk har endret litt attityde i løpet av 50 år med bistand og bistandstanker, jeg var og ruslet i byen i Haydom, da jeg var på vei tilbake til sykehuset så var det en fremmed som stoppet meg og hilste og spurte om jeg hadde noen dollar han kunne få. Og altså, i ettertid så tenkte jeg, er det sånn den vanlige Tanzanianer tenker om Mzungos. (A5)

Historier som dette kan tyde på en av faktorene begrepet bistandsavhengighet omfavner. Tankesettet til mennesker kan bli påvirket over lang tid med bistand utenfra. Dette kan skyldes bistanden sykehuset har mottatt og på sin egen måte forvaltet til folket. Men det kan også tyde på at HLH er et sykehus hvor det har vært mange utenlandske leger og turister som besøker kjente som arbeider ved sykehuset. Jeg kjenner selv en som var på besøk ved HLH fordi hun kjente en som hadde jobbet der i flere år. Ved en anledning skulle min bekjente kjøpe bananer og synes prisen hun fikk oppgitt var veldig billig og betalte det med et smil om munnen. Da reagerte venninnen som hadde jobbet der i mange år og sa at man må prute hvis ikke ødelegger man balansen i markedet. Når sitter kvinnen som solgte disse bananene for den «høye» prisen med bedre forutsetninger enn de andre som sitter der. Poenget er at Haydom er et sted hvor mange flere europeere og andre utlendinger besøker enn de fleste tilsvarende steder. Hvis en da

ikke kjenner skikkene og tenker at 1000 tsh som er 3-4 kr ikke er noen ting og det kan jeg gjerne gi til noen som trenger det, vil det kunne føre til slike holdninger over tid. Dermed har det ikke nødvendigvis bare med sykehusets direkte innvirkning på lokalsamfunnet.

Men A5 sier videre at denne holdningen ikke bare finnes hos mannen i gata. «det er ikke bare mannen i gata, det er litt sånn tenkning, development aid skal finansiere alt og en del i Norad er klar over det. De merker det og blir irritert, det var ikke det som var meningen.» (A5) Dambisa Moyo (2009) peker på at slik passivisering av mottakere er en av de store utfordringene ved lengre bistandsforhold og at den eneste løsningen er å kutte bistanden helt. Det eneste Moyo kan se som fruktbar bistand er nødhjelp.

#### 5.7.4 Nødhjelp

HLH har også hatt en viktig rolle i området når det har vært kriser. I et så ruralt område som Haydom, lever nesten alle av det de dyrker selv, enten det brukes i byttehandler eller til eget konsum. Derfor er menneskene veldig følsomme for været og de er avhengige av de årlige regntidene, både den store og den lille. Ved flere anledninger har HLH brukt kontaktene sine og skaffet mais eller annen mat til folket ved tørketid. Men heller ikke da har det blitt delt ut gratis. Arbeid for mat har vært løsningen, hvor HLH har organisert arbeidsgrupper som har lagd veier, eller vedlikeholdt vannstasjoner. Etter arbeidsdagen blir folket betalt med mat. Hvis sykehuset ikke har klart å skaffe ekstra mais, har de funnet andre måter å hjelpe på. Som i 2003/2004 da avlingene hadde slått feil for tredje gang på fire år, og sykehuset sendte folk til markedet med mais fra egne lager bare for å presse prisene ned slik at det ble billigere for alle (Enes, 2004, s. 241-242).

På tross av utviklingen Haydom har sett i løpet av HLH sin 65 år lange historie har altså bistanden til sykehuset blitt kritisert. Det har vært mange endringer, en modernisering av lokalsamfunnet, det blir aktuelt å trekke empowerment av folket og det har arbeid for å dekke grunnleggende menneskelige behov, men det var like vel ikke slik bistand skulle være.

#### 5.8 Anakronismen Haydom Lutheran Hospital

Etter å ha lest alt jeg har lest om historien til Haydom og sykehuset, sitter jeg igjen med at det har vært utrolig mange hendelser som konstaterer sykehusets rolle som en utviklingsagent for området, flere av disse har jeg nevnt i 5.7. Men det er også interessant å diskutere denne rollen

i seg selv. Som jeg nevner i 5.7.3 er det ikke nødvendigvis enighet om hva som er den gode utviklingen. Fungerer det? er et spørsmål som gir ulike svar ut ifra hvem du spør. Dermed er det en ting å peke på de ulike utfallene sykehusets rolle som utviklingsagent har ført til. Mens det er en annen å diskutere måtene HLH har vært en utviklingsagent på. Dette er ikke en diskusjon som søker å gi noen konklusjon, men heller trekke fram noen av disse endringene i litt ulike perspektiver.

I boken sin forteller Enes om samtalen han hadde med daværende ekspedisjonssjef i NORAD. Da uttaler hun at det finnes to måter å fokusere på når man ser på Afrika i bistandssammenheng. Hun kaller disse bistandsfokus og diakonalt fokus. I begrepene legger hun at bistandsfokus er rettet mot helhetsbildet og hvordan en kan bistå med strukturell utvikling for det store systemet, mens det diakonale fokuset er rettet mot enkeltmenneske og hvordan en kan skape en ny mennesketype. Hun snakker videre om at problemet med Haydom er at det er en anakronisme, en overlevning fra en gammel tid som fremdeles fokuserer på enkeltmennesker (Enes, 2004, s. 181). Dette må ikke tas ut av kontekst, slik det er beskrevet i boken handler det i stor grad om hvordan det var å ha med en som Dr. Olsen å gjøre og et forhold som blir framstilt som turbulent. Men det er et uttrykk for et skille i bistandsdebatten som er interessant å følge opp. Med den tredje utviklingsvei blir bottom-up perspektivet og empowerment relevante utviklingsbegrep, og historier som den om Isaack Mallayeck, en av de første 16 elevene ved «pre-nursing school» (kapittel 5.6), som nå har vært overlege ved HLH i flere perioder blir viktige.

Diakoni er et kristent begrep som omhandler kirken sin omsorgstjeneste og har til tider blitt brukt som synonym til misjonsbegrepet. En skal gi mennesker muligheten til å ta vare på seg selv, sine rettigheter og til å finne Gud (Den Norske Kirke, 2020). Begrepet empowerment (Banik, 2006; Smukkestad, 2008) har som nevnt i kapittel 2.3.5 fått en viktigere rolle i bistandsdebatten de siste tiårene. I begrepet ligger de samme målene som i det diakonale fokuset, mulighetene til å ta vare på seg selv og sine rettigheter. For denne diskusjonens formål ser jeg bort fra det guddommelige og legger vekt på enkeltmenneskets muligheter mot helhetsbildet.

Hvis en velger å se på Haydom med det som her blir kalt bistandsfokus, så kan man se det som blir beskrevet av de lokale som en «booming city» i Enes sin bok (2004, s. 234). Informant A5

kommenterte også de store endringene i Haydom «Det var bare en hytte der da de bygget, og det er helt forskjellig nå, du kan ikke egentlig kalle det en by, det er en stor landsby.». Befolkningstall er vanskelig å si, ulike kilder sier alt fra 15 000 til 30 000 i landsbyen rundt sykehuset, mens hele området sykehuset leverer tjenester til er rundt en million mennesker (Svanemyr & Mollel, 2018). Som jeg har kommentert i kapittel 5.7.2 og 5.7.3 har det skjedd store endringer med både infrastruktur og utvikling av det lokale samfunn. Skoler, vannforsyning, veier og broer er bare noen av eksemplene. Det blir også relevant å trekke fram sykehusets forskningsavdeling som jeg kommer tilbake til i 6.2.6, her utvikles det teknologi og kunnskap som blir videreformidlet til andre sykehus i både Tanzania og andre afrikanske land. Dermed mener jeg det er flere argumenter som taler for at HLH har virket som en utviklingsagent for «helhetsbildet».

Hvis en skal legge fra seg bistanfsfokus og velge å sette søkelyset på enkeltmenneske ser vi fortellingene som den om Malleyeck, eller enhver av de andre som går ut av sykepleierskolen hvert år. Eller en av alle de tusen som har fått tilgang til rent vann hos byens pumpestasjoner, eller de som har lagd veier for å få besøk av mobilklinikkerne. De blir ikke passive mottakere, de har blitt fortalt at en får ikke vann hvis ikke en jobber selv, eller dere får ikke tilgang til mobilklinikk hvis ikke dere vedlikeholder veien. Da tenker jeg at det er passende å trekke fram «Empowerment». Dambisa Moyo (2009) snakker om at Afrikanere som mottar bistand blir passive, at de ikke tar ansvar for egne handlinger ettersom pengene vil komme så fort det går galt. Historien fra A5 om mannen i gata i Haydom som spurte om penger er akkurat det bildet Moyo maler. Men slik det ser ut som at HLH har forsøkt å operere som utviklingsagent, ser ut til å ha vært et lite oppgjør med dette. Det krever et innskudd for å få til utvikling, og hvis en ikke har penger, må det være arbeidskraft og samarbeid.

Etter min mening er kanskje endringen, som sykehusets høye pasienttall (kapittel 6.2.2) tyder på, hos enkeltmennesker enda viktigere. Hvordan Datogaene, Iraqwene og Hadzebene i større og større grad godtar og søker hjelp hos HLH som tilbyr et forskningsbasert helsetilbud. Økt bevissthet rundt folkehelse, viktigheten av rent vann og ernæring for barn og mor (kapittel 6.2.3), er alle viktige steg mot bærekraftsmål 3 og dermed tegn på utvikling.

Uansett om man velger å se på endringene som har funnet sted med et bistanfsfokus eller et diakonalt fokus er det ingen tvil om at HLH har hatt en sentral rolle. Dette konstaterer også

CMI-rapporten fra 2018. Hvor HLH sin historiske rolle som utviklingsagent fremheves. Delvis på grunn av alle sykehuset ansetter og lønner, men også grunnet deres direkte involvering i flere prosjekter. Det blir kommentert at mesteparten av prosjektene direkte adresserer grunnleggende menneskelige behov (tilgang til mat, vann, utdanning og helse) og er derfor relevant for menneskelig utvikling.

A few projects – such as the pipeline water supply in Haydom – have originated in the needs of the hospital. But these needs were at the same time the needs of the community, and HLH has addressed these as well as their own. The projects have reduced the vulnerability of the populations to food and health problems, enhanced their economic opportunities, and empowered people to manage their own lives. (Svanemyr & Mollel, 2018)

Den utviklingen sykehuset har vært så viktig for, i nærmiljøet og menneskene som bor der, er ikke et eventyr, det er helt virkelig. Sykehuset spiller også en rolle i oppnåelsen av flere bærekraftsmål. Det er naturlig å trekke fram mål nr. 3; god helse først og fremst, men de bidrar også som jeg har vist til nr. 6; rent vann og gode sanitærforhold, nr. 4; god utdanning, nr 9; innovasjon og infrastruktur, nr. 8; anstendig arbeid og økonomisk vekst og dermed også nr.1; utrydde fattigdom (Regjeringen, 2020).

I kapittel 5.7 presenterte jeg noen av de konkrete måtene sykehuset har vært en utviklingsagent på. Mens jeg i dette kapitlet har forsøkt å se på noen av disse måtene med litt ulike perspektiver på bistand. Som jeg sa i innledningen er ikke dette en diskusjon som søker å komme med noen konklusjon. Men det jeg mener funnene mine tyder på er at «en anakronisme» ikke er en passende beskrivelse av utviklingsagenten HLH, ettersom store deler av den utviklingen sykehuset har stått for og fremdeles står for omfatter aktuelle temaer i dagens bistandslandskap. På den andre siden, var nok ikke anakronisme en beskrivelse av utviklingsagenten HLH, men heller av helseforetaket HLH. Anakronismen var heller et bilde av HLH sin måte å drive sykehuset på, om det er passende i dag søker jeg å belyse i neste kapittel.

## 6 Analyse: Haydom Lutheran Hospital, en bærekraftig helseorganisasjon?

*På hvilke måter arbeider Haydom Lutheran Hospital for å nå målet om å bli en bærekraftig helseorganisasjon, og hvilke barrierer står de overfor?*

HLH samarbeider i dag med Kirkens Nødhjelp (KN), som forvalter bistandsmidlene fra norske myndigheter, for å minke den økonomiske avhengigheten sykehuset har til nevnte bistandsmidler. Representanten jeg snakket med fra KN sa dette om samarbeidet som ble inngått i 2015 «man må begynne å se på hvordan man kan jobbe mer systematisk med å minske sykehusets avhengighet av norske offentlige penger eller bistandspenger og på sikt, på sikt gjøre dem uavhengig.» (A2). Videre presiserte hun målet og sa at HLH til slutt skulle bli et bærekraftig sykehus i det tanzanianske helsesystemet med langsiktige utsikter. I 2019 ble det inngått en ny avtale med samme hovedmål (A2). Olsen (1998) peker på at det er flere viktige aspekter ved bærekraftige helseorganisasjoner enn bare økonomisk uavhengighet, se kapittel 2.9. Derfor har jeg trukket fram flere andre områder ved sykehusets drift enn kun finansiering.

Å styrke forutsetningene for bærekraftig drift er ikke ett nytt konsept for HLH. A1 forteller om at sykehuset tidlig fikk ett eget styre og at administrative prosesser var fokusområder innad i sykehuset. Han sier at dette «ble påbegynt på midten av 90-tallet og som vi fortsatte med utover 2000-tallet, men jeg synes KN nå angriper det på en veldig flott og enda mer profesjonell måte enn vi klarte med de ressursene vi hadde tilgjengelig da.» (A1)

Derfor synes jeg det har vært veldig interessant å undersøke hvordan dette arbeides med, og hva investerte parter mener om sykehusets forutsetninger i dag. For å hjelpe meg med det har jeg som nevnt tatt i bruk begrepene Ingvar Theo Olsen anvender i sitt analyseverktøy (Olsen, 1998). Grunnlaget for analysen ligger i hans kjerneområder, kontekstuelle faktorer, aktivitetsprofil og organisatorisk kapasitet. Med utgangspunkt i hva Olsen legger i de forskjellige områdene har jeg konkretisert viktige undergrupper for mitt prosjekt. Ved å ta for meg informantenes utsagn og informasjon jeg har hentet fra CMI sine evalueringsrapporter søker jeg å belyse hvordan HLH arbeider for å bli en bærekraftig helseorganisasjon og hvilke barrierer de står overfor i dette arbeidet.

## 6.1 Kontekstuelle faktorer

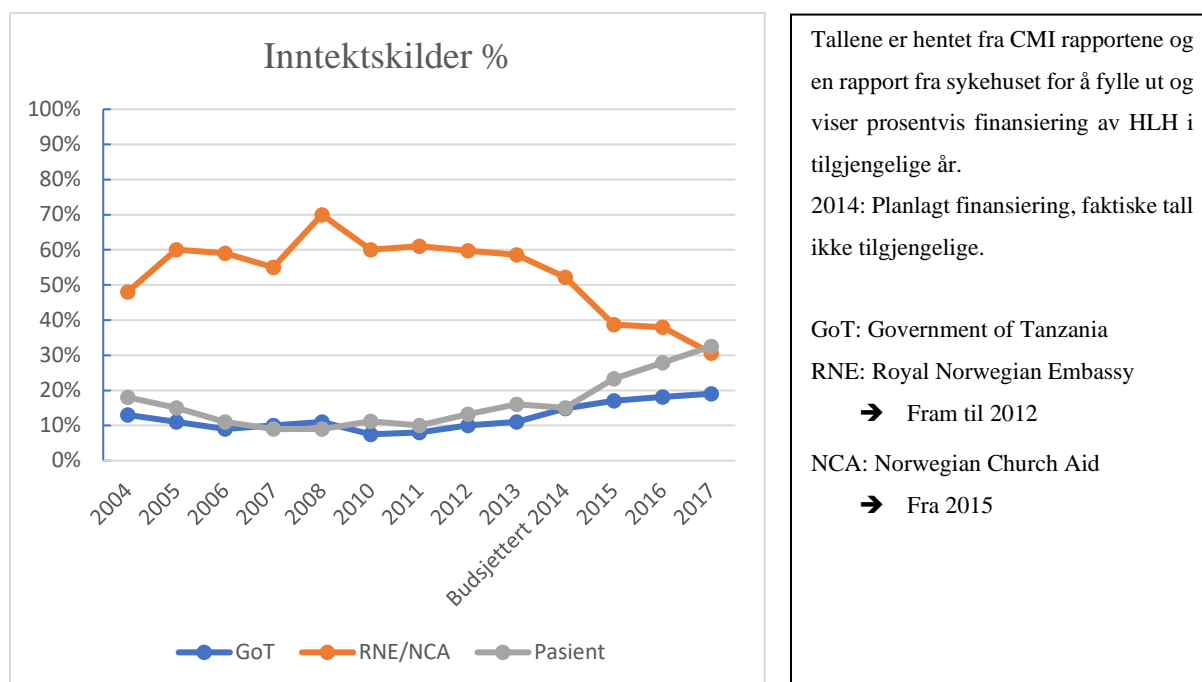
I min analyse av HLH har jeg definert de kontekstuelle faktorene som, input fra tanzanianske myndigheter, pasientbetaling, sykehusets rolle i lokalsamfunnet, input fra norske myndigheter og arbeid som drives for få i gang en nasjonal helseforsikringsordning. Disse faktorene er av stor betydning for sykehusets forutsetninger for å oppnå bærekraftig drift ettersom de forklarer omstendighetene sykehuset må forholde seg til, og et av de viktigste premissene for en bærekraftig helseorganisasjon er ifølge Olsen egenskapen til å tilpasse seg endringer i omgivelsene (1998, s. 289).

### 6.1.1 Input fra tanzanianske myndigheter

En viktig forutsetning for å kunne anse en helseorganisasjon som bærekraftig er et godt forhold til nasjonale myndigheter. Historisk ser det ut til at HLH har hatt dette, som blant annet gjenspeiles av Julius Nyereres besøk da sykehuset åpnet igjen etter den store utvidelsen i 1967. Dagen etter nevnte han sågar sykehuset som et eksempel i Arusha Declaration. Etter dette har koblingen mellom HLH og de øverste lederne i landet vært tett. Frederick T. Sumaye, den daværende statsministeren i Tanzania, deltok blant annet i begravelsen til Ole Hallgrim Olsen i 2005 (Jonassen, 2005). Men den tette koblingen har ikke blitt reflektert i den økonomiske støtten (Se figur 6). Informant A2 sier dette om myndighetenes støtte:

Det er flere kilder som Haydom har og må videreutvikle, en er selvfølgelig støtte fra den tanzanianske regjering for på samme måte som Lovisenberg og Diakonhjemmet får statsstøtte får også private sykehus i Tanzania det. Det eneste problemet er at regjeringen ikke alltid leverer på løftene, de har ikke penger til å levere det de skal. (A2)

Verdensbanken viser at tanzanianske myndigheter tildeler relativt små deler av statsbudsjettet til helsesektoren (Wang & Rosemberg, 2018). Samtidig som flere studier (Flessa, 2001; Green et al., 2002) peker på at trosbaserte helseforetak får en liten del av myndighetenes tilskudd til helsesektoren igjen. Den finansielle støtten fra tanzanianske myndigheter er ikke bare problematisk fordi den er for lav til å støtte driften. Den er også problematisk fordi den er så ustabil. Det at regjeringen ikke alltid leverer på løftene sine, er på mange måter et større problem for bærekraft. En aktivitetsprofil kan tilpasses lav støtte, men det kan ikke tilpasses og planlegges hvis man ikke vet hvor mye som kommer.



Figur 6: Inntektskilder %

(HLH, 2013; Lange & Tilly, 2013; Mæstad & Mwisongo, 2009; Svanemyr & Mollel, 2018)

Ifølge den årlige rapporten fra sykehuset (HLH, 2013) stod tanzanianske myndigheter for 10% av inntektene til HLH i 2012. Dette året hadde sykehuset egentlig blitt lovet 19% noe som førte til at både inntekter fra pasientbehandling og eksterne donorer måtte øke i forhold til hva som var budsjettert (Lange & Tilly, 2013). Slik uforutsigbarhet tilskrives ofte forholdet mellom mottaker og eksterne donorer ettersom bistandstrender ofte skifter og midler kan kuttes på kort varsel, men i dette tilfellet gjelder den også myndighetene i landet. Finansieringen fra den tanzanianske regjeringen har vært og er fremdeles lav, men trenden peker oppover. I 2010 ble HLH et regionalt referansesykehus og siden det har støtten økt noe.

### 6.1.1.a Referansesykehus

I 2010 ble HLH godkjent som et regionalt referansesykehus. Ifølge A1 var dette noe regjeringen i Tanzania var interessert i, det følte dermed ikke som en kamp i motbakke for sykehuset, men det tok lang tid. Informanten forteller om en akkrediteringsprosess hvor sykehuset måtte vise at de opprettholder en bestemt standard. Det måtte også en politisk beslutning til og HLH arbeidet aktivt med dette over lang tid. Om denne prosessen sier A1:

Men det er jo ikke et alternativ med andre referansesykehus i området sånn at viljen var absolutt til stede gjennom hele prosessen, men den tok veldig lang tid, det tok gjerne 10-15 år å få på plass. Så det var begynt lenge før jeg begynte på sykehuset. (A1)



Selv om Olsen (1998) argumenterer for at organisasjoner ikke har særlig mulighet til å påvirke de kontekstuelle faktorene sine, har HLH klart det i dette tilfellet. Denne endringen har utvilsomt spilt en stor rolle for sykehuset. Ettersom sykehusets plass i helsehierarkiet påvirker den statlige støtten. Ifølge A1 øker dette «når du blir godkjent som et andre referansesykehus så får en annen brøk av tildelingen av statlige midler.» (A1) og sammenlignet det med hvordan Haukeland får mer penger enn mindre sykehus i distriktene ettersom de har flere arbeidsoppgaver (A1).

Etter 2010 har den nasjonale støtten til sykehuset økt årlig, og i 2017 dekket den nesten 20% av inntektene til sykehuset (se figur 6). Det er en forbedring, men ikke på langt nær nok til at eksterne midler kan trekkes ut. Det ville i så fall ført til at pasientbetalingen måtte dekket 60-70% av budsjettet, en faktor jeg har sett nærmere på i 6.1.2. HLH har også andre inntektskilder, som hveteåkere og gjestehus, men de utgjør foreløpig en så liten del av budsjettet (mellom 1 og 2% (Svanemyr & Mollel, 2018)) at jeg ikke har tatt dem med i min analyse.

Men A1 var også opptatt av at denne godkjennelsen påvirket sykehuset på flere måter enn bare økonomisk:

Det er også andre ringvirkning, for det blir attraktivt på arbeidsmarkedet og det blir lettere å rekruttere spesialister og spesialsykepleiere og du kan involvere deg i større forskningsprosjekt og du får på en måte et mye bedre utgangspunkt for ytterlige kvalitetsforbedringer i pasientbehandling. (A1)

Som flere studier (eksempelvis Flessa, 2005; Reinikka & Svensson, 2003) peker på, er tilgang til kvalifisert personell er stort problem for sykehus i rurale områder i Afrika.

#### *6.1.1.b Tilgang til kvalifisert helsepersonell*

Når du har en god utdanning og en familie og alt dette, så ligger ikke alt til rette for at, liksom utdanning for og hele familien og kontakt med resten av familien og sånt så, det er ikke så lett når du ikke er fra området der. (A4)

Utsagnet reflekterer det deler av litteraturen (Reinikka & Svensson, 2003) peker på og problemet et ruralt sykehus som HLH har med lokaliseringen sin. Selv om lokalsamfunnet har vokst rundt sykehuset, og Haydom er langt mer urbant enn plasseringen tilsier, er det fremdeles

ikke et urbant sentrum med alle mulighetene det bringer med seg, som A5 sa det «det er en stor landsby».

Tall fra evalueringsrapporten i 2018 viser at HLH ikke når de nasjonale retningslinjene for antall kvalifisert helsepersonell ansatt. De mangler blant annet spesialister, fullt utdannede sykepleiere og allmennleger. Men selv om sykehuset ikke når målene helsemyndighetene har satt er de godt bemannet i forhold til andre rurale sykehus. De kompenserer også med mange «assistant nurse officers» (Svanemyr & Mølle, 2018). Dette er sykepleiere som ikke nødvendigvis har full utdanning som sykepleiere, men som har tatt kortere kurs eller har lang erfaring.

Både A4 og deler av litteraturen peker på at det er vanskelig å få kvalifisert personell til rurale områder. Da A4 arbeidet ved sykehuset for flere år siden var det to tanzanianske leger der. En av dem hadde full doktorutdanning, men han reiste bort fra sykehuset for å spesialisere seg i pediatri. Informanten var usikker på om han ble helt ferdig eller ikke, men han flyttet i alle fall til Arusha etter spesialiseringsperioden (A4). Denne historien peker på problemet, mennesker med høy utdanning søker gjerne til mer urbane områder hvor mulighetene for arbeid er bedre. Det er også bedre muligheter for å oppnå sosial status (Reinikka & Svensson, 2003). Som tidligere nevnt er det hovedsakelig tre folkegrupper i Haydom, Iraqw, Datoga og Hadzebe, dette er marginaliserte grupper som ikke har særlig høy status i Tanzania. Dermed kan også det påvirke høyt utdannede mennesker, ettersom kulturell eller sosial kapital ofte blir viktigere med høyere utdanning.

Men det å bli et referansesykehus har endret situasjonen på sykehuset, selv om det fremdeles er mangel på spesialister, har den forbedrede statusen økt tilgangen til medisinsk personell ifølge mine informanter. A5 forteller at myndighetene i Tanzania utplasserer leger etter endt utdanning og at HLH som referansesykehus blir mer prioritert for disse utplasseringene. Som jeg var inne på i 3.2 er en bedre fordeling av landets helsepersonell viktig for tanzanianske myndigheter, og de ønsker å bemanne rurale områder bedre enn de er idag. Ifølge A5 gjør dette «hele stabssituasjonen mye mer levelig, fordi når du bare er avhengig av at alle spesialistene kommer fra Europa så er det ikke så lett å leve med i lengden.» (A5).

Ved å bli et referansesykehus fikk HLH også muligheten til å ha legestudenter i turnus. A4 snakker om da ledelsen «fikk Haydom til å være et sted for turnusleger og det har, tror jeg vært med på å gi mer, skal vi si, mer kvalitet også, de gjør jo en kjempejobb de der.» (A4). Informanten utdypet ikke dette mer, men jeg har snakket med flere venner og bekjente som studerer for å bli både leger og sykepleiere. I turnus blir ofte arbeidsoppgaver som journalskriving og lignende ansvarsområder for turnusleger. Det gir mer tid til legene som dermed vil ha mulighet til å enten rekke over flere pasienter eller ta seg bedre tid med pasienter. A5 snakker videre om den andre tanzanianske legen som var der. Det var en «dyktig og flink kirurg» som ikke hadde full doktorutdannelse, han var «assistant medical officer» (AMO). Det vil si at man har en kort utdanning, før en samler erfaring gjennom jobb i minst tre år, etter dette må man ta en offentlig eksamen. Da han hadde jobbet på HLH en stund fikk han gå på spesialisering hos en røntgenlege og fikk videreutdannelse. Da han var blitt spesialist kom han tilbake til Haydom og jobbet ved sykehuset som fast røntgenlege (A4).

HLH har altså et problem med sin rurale plassering, men ettersom det har vokst fram et område med flere tilbud og muligheter for små bedrifter ser vi også eksempler på de som blir. Det er flere enn tidligere som velger å jobbe ved HLH og bo i Haydom. Dette kan muligens være på grunn av kvaliteten på tjenestene sykehuset tilbyr (6.2.5) og på grunn av de mulighetene en landsby i vekst tilbyr faktisk tilbyr (kapittel 5).

### 6.1.2 Pasientbetaling

Den kristne misjonen og sykehus som er basert på slike verdier, har alltid hatt utfordringer når det kommer til pasientbetaling (Flessa, 2005). HLH har vært bevisst på at ingen skulle få gratis sykehjelp, men man skulle ikke sende noen bort heller. Dermed måtte de som ikke kunne betale vente på sykehuset til familien kunne betale etter markedsdagen, eller til de var friske nok til arbeide for å dekke det de skyldte. Det var alltid arbeid som måtte gjøres, det være seg bygging av nye bygninger eller vedlikehold av gamle, eller å stå vakt mot savannens villdyr (Enes, 2004, s. 72). Men ettersom HLH og Haydom har vokst har også pengeøkonomien vokst i området, og selv om betalingsevnen fremdeles er lav får sykehuset dekket betydelig mer av budsjettet fra pasientbetaling i dag enn tidligere, se figur 6.

Som figur 6 viser, har inntekter fra pasientbetaling ved HLH økt siden 2010, og i 2017 hadde sykehuset mer inntekt fra pasienter enn fra Norad. Haydom og området sykehuset leverer

tjenester til er et fattig område og betalingsevnen er ikke høy, men et økende antall pasienter som benyttet seg av sykehusets tjenester fra 2010 til 2016 har ført til økte inntekter. Pasienttallet falt derimot litt fra 2016 til 2017, noe jeg kommer jeg tilbake til i 6.2.2. At pasientbetalingen likevel økte dette året skyldtes en prisøkning på flere av sykehusets tjenester.

*Tabell 3: Gebyrer på HLH*

(1000 tanzanianske shilling (tzs) var verdt rett under 4 norske kroner i 2016.)

<b>Consultation and registration</b>	<b>Old Fees 2014/2016</b>	<b>New Fees 2016/2017</b>
New registration	500 tzs	1000 tzs
Consultation fees - CO's	2000 tzs	3000 tzs
Consultation fees - AMO's	2000 tzs	3000 tzs
Consultation fees - MD's	2000 tzs	3000 tzs
Consultation fees - Specialist	N/A	10000 tzs

(Tilpasset: (Svanemyr & Mollel, 2018))

Denne prisøkningen kan skyldes at sykehuset nærmet seg slutten av fireårsavtalen de hadde med KN og Norad, og at det ikke var noen sikkerhet for videre støtte. Det kan også ha vært et planlagt steg mot mindre avhengighet selv om de eventuelt visste at de ville inngå en ny avtaleperiode. Hvilke konsekvenser denne prisøkningen har for lokalbefolkning er vanskelig å si noe sikkert om. CMI rapporten (Svanemyr & Mollel, 2018) melder om «A small increase in death rates from 2016 to 2017 can be due to external factors but also increased fees and other internal factors». Rapporten har ikke undersøkt dette nærmere og det er heller ikke noe jeg har funnet annen informasjon på. Men på bakgrunn av befolkningens lave betalingsevne er det mulig å tenke seg at økte priser har ført befolkningen et steg tilbake mot tradisjonelle medisinnmenn, denne påstanden støttes i 6.2.2. Terskelen for å gå til sykehuset for å søke hjelp kan bli høyere når prisen øker, noe som kan føre til at befolkningen i større grad går tilbake til å prøve andre alternativer først. Det kan i så fall gi et forlenget sykdomsforløp, dermed vil det muligens være for sent for best mulig behandling når de først søker hjelp hos sykehuset.

Tanken på å drive et sykehus hvor pasientbetaling er hovedinntekt er fjern. Spesielt når sykehuset betjener så fattige mennesker. A5 uttalte «For det, altså bottom line, hele tiden altså, et sykehus langt ute i bushen, bare drive det på pasientpenger, forget it, det er ikke mulig, ikke mulig.» (A5). I den sammenheng synes jeg det er interessant å se på formålet med bistand og

støtten til HLH. Bærekraftsmålene har en et overordnet fokus «Leave no one behind»(United Nations General Assembly, 2015) som er spesielt rettet mot de fattige, og A1 sier det slik:

Fattigdomsorientering for eksempel som var en viktig målsetting for oss å opprettholde, ikke bare fordi vi hadde det som egen misjon, men våre givere hadde det som sin. Den dagen sykehuset ikke lengre er orientert mot de fattigste så har jo heller ikke krav på eller legitimitet til å møte givere med den målsettingen. (A1)

Denne fattigdomsorienteringen kan fremdeles tydes i sykehuset visjon og motto. Dette blir dermed et stort dilemma for sykehuset, på den ene siden kan økte priser være ett steg mot en mer bærekraftig finansiering. På den andre siden vil det ta dem ett steg bort fra deres egen visjon og øke distansen til lokalsamfunnet.

### 6.1.3 Sykehusets rolle i lokalsamfunnet

Shediac-Rizkallah og Bone(1998) trekker fram viktigheten av samfunnsdeltakelse for bærekraftig drift. Bærekraft kan lettere oppnås hvis helseorganisasjonen og lokalsamfunnet har en god dialog. For det første gir lokalsamfunnet viktige tilbakemeldinger på om tjenestene sykehuset tilbyr treffer deres behov. For det andre fører deltakelse til større følelse av eierskap som igjen kan føre til kapasitetsbygging i lokalsamfunnet. Som jeg tok opp i 5.7.1, mener jeg at den troverdigheten som bygges til forskningsbasert medisin gjennom et foretak som HLH gir gode resultater for folkehelsen, kanskje mer enn de konkrete tjenestene sykehuset kan tilby.

Man kan si at lokalsamfunnet rundt HLH utgjør sykehusets nærmeste kontekstuelle faktorer. Det er umulig å si noe om hvordan Haydom hadde vært hvis ikke sykehuset hadde blitt plassert der på 1950-tallet. Siden sykehuset brakte med seg noen av de første “fastboende” der har utviklingen av begge enhetene gått hand i hand. Derfor vil jeg tro at lokalsamfunnet og HLH har en tett kobling. Etersom jeg ikke har fått gjennomføre feltarbeid mangler jeg informasjon jeg kunne fått om dette forholdet. Det hadde vært interessant å høre hva lokalbefolkningen mener om sykehuset og om de føler de har noe å gjøre med hva som skjer der.

Sykepleierskolen som ble startet av HLH, utdanner både lokale og mennesker fra resten av landet. Det er naturlig å tenke at Haydom får større tiltrekningskraft for andre utdannede mennesker gjennom en slik institusjon, men det kan også ha fungert som et steg for å komme tettere med det lokale samfunnet. Det er en større sannsynlighet for at lokale som utdanner seg

blir i Haydom enn at utplasserte eller innhentede helsearbeidere bosetter seg fast der. Selv om en del av de lokale som får utdanning også kan søke seg til mer urbane sentrum.

HLH bygde i samarbeid med Haydoms Venner også en yrkesskole i 2012 som ble nevnt i 5.7.3. Der lærer de ifølge A3 blant annet sveising, bilmekanikk, IT-ferdigheter, muring og produksjon av murblokker og opplæring i landbruk. Med både en sykepleierskole og en yrkesskole som dette gis et relativt bredt tilbud til befolkningen. Og de får mulighet til å tilnærme seg ulike ferdigheter som er viktige i overgangen fra det tradisjonelle til det moderne samfunnet Haydom fremdeles er i. Men støtten av denne yrkesskolen fra Haydoms venner endte ved overgangen 2020/2021. A3 forteller at dette var planlagt fra deres side og at målet deres var å få skolen i gang slik at den kunne klare seg selv, med støtte fra tanzaniansk skolevesen.

#### 6.1.4 Input fra eksterne donorer

Når det gjelder HLH har økonomisk støtte fra den tanzanianske stat vært mer uforutsigbar enn støtte fra eksterne donorer. Pasientbetalingen kan heller ikke dekke hele driften av sykehuset. Dermed er bistand fra norske myndigheter essensielt. Som jeg har påpekt tidligere har HLH i en form (misjonen) eller en annen (Norske myndigheter) mottatt finansiell støtte fra Norge siden oppstarten. I perioden 1985-2014 har norske myndigheter bidratt med 214 millioner kr. Faren ved dette er at sykehus i en slik posisjon etter lang tid ser denne støtten som en stabil og trygg inntektskilde, og at den dermed er bærekraftig (Flessa, 2001). Hvis ikke bærekraftig drift etter endt støtte er et uttalt mål fra starten av prosjektet, slik at det hele tiden er en del av planleggingen, vil det bli vanskelig å oppnå på kort varsel (Shediac-Rizkallah & Bone, 1998). Om denne prosessen sa A2:

Ja, vi var veldig tydelige når vi tok den fireårsgranten, for på det tidspunktet var Norad omtrent klar for å si at dette var siste periode Haydom får Norad-penger. Så de hadde en veldig brå år for år reduksjon, men vi var tydelige på at man får ikke til en slags snuoperasjon på så kort tid. (A2)

Det A2 forteller kan tyde på at KN var obs på problemene Shediac-Rizkallah og Bone peker på. Slike store endringer krever ett lengre tidsperspektiv, men som jeg kommer tilbake til i 6.3 har arbeidet med å forberede styret og ledelsen ved sykehuset på endringer pågått i lang tid før 2015. Men dette arbeidet har i all hovedsak vært organisatorisk og den norske økonomiske støtten holdt et ganske stabilt høyt nivå helt fram til 2014. Dermed fikk KN en ekstra oppgave, de skulle både drive kapasitetsbygging i ledelsen og de måtte arbeide ekstra med finansiell

bærekraft. CMI rapporten (Svanemyr & Mollel, 2018, s. 10) viser avtalen som ble inngått i 2014-2015, den var på 56 millioner kroner fordelt på fire år:

2015: 16 953 000

2016: 14 950 000

2017: 13 243 000

2018: 10 854 000

Målet med denne perioden var å redusere avhengigheten av norsk støtte til sykehuset, samtidig som kvaliteten på tjenestene ble opprettholdt (A2). I en mailutveksling med Norad fikk jeg det helt konkrete målet.

I avtaleperioden 2015-2018 var målet å redusere budsjettavhengigheten fra 47% i 2014 til 22% innen 2018. Tanzanianske myndigheter bidrar gjennom finansiering av lønninger og rammeoverføringer (i 2018 om lag 20% av HLHs inntekter). (Mail)

HLH skulle altså i samarbeid med KN mer enn halvere den norske finansieringen av driftsbudsjettet på fire år. I praksis betyr dette at HLH enten måtte skaffe tilsvarende seks millioner norske kroner ett annet sted, eller så måtte aktivitetsprofilen blitt endret. Som vi ser så holdt bidragene fra tanzanianske myndigheter seg på ca 20% også i 2018 så der fikk de ikke pengene ifra. Som jeg var inne på økte inntektene fra pasientbetaling til ca 30%, så der ble noe hentet inn, men ikke nok. Dermed førte denne reduksjonen i støtte til at sykehuset har drevet med store underskudd de tre siste årene, dette har blitt tatt fra «capital funds». Det blir også nevnt i CMI-rapporten at det har påvirket vedlikehold av sykehusbygninger og utstyr (Svanemyr & Mollel, 2018). Dette har ført til at den norske støtten fortsetter. I mailutvekslingen med Norad bekreftes det at det er inngått en ny avtale på 53 millioner kroner i perioden 2019-2022 fordelt slik:

2019: NOK 10 mill

2020: NOK 15 mill

2021: NOK 14 mill

2022: NOK 14 mill.

Målet med denne perioden er å fortsette arbeidet med å redusere avhengigheten, de mer konkrete måtene dette gjøres på kommer jeg tilbake til i både 6.2 og 6.3.

Tidligere i oppgaven kalte jeg Dr. Olsen en «Project Champion», fordi han var sentral i arbeidet med å koble HLH med de større omgivelsene, altså det globale bistandsmiljøet. Dr. Olsen har vært sentral i arbeidet med utenlandske donorer, og han fant ofte en måte å skaffe midler på selv om noen først sa nei. Selv den dag i dag har sykehuset andre partnere enn Norad. Partnere som i all hovedsak er forskningspartnere og ikke bidrar med støtte til sykehusets drift utover forskningsarbeid. Men slikt forskningsarbeid kan gi avkastning på mange måter. Det er blant annet ett av kriteriene for å få status som regionalt referansesykehus (Ministry of Health, 2016). Hva forskningsarbeidet som drives ved HLH har hatt å si for sykehuset trekkes fram igjen i 6.2.6

Stiftelsen Haydoms Venner er en frivillig organisasjon som hovedsakelig springer ut fra Mandal. Byen som nevnes som det stedet Dr. Olsen kalte hjemme i Norge (Enes, 2004). I samtale med en representant fra organisasjonen sa hun at de er tydelige i dialogen med sykehuset, at de ikke kan sørge for noen sikker inntektskilde for driften, men de har vært og er aktive i innsamling og med bidrag til sykehusets mange prosjekter. Den siste tiden har de vært sentrale i arbeidet med å fornye sykehusets vannforsyning og bytte gamle diesellaggregater med elektriske pumper i pumpestasjonen. Dette arbeidet var ett samarbeid med ingeniører uten grenser (IUG) og ble finansiert blant annet av Rambøll International. Rambøll er et globalt ingeniør, arkitektur og konsuleringsfirma som fokuserer på bærekraftige løsninger (Ramboll, 2021). I denne perioden har også IUG brukt muligheten til å sende ingeniør-studenter til Haydom for å installere solcellepaneler på flere av sykehusbygningene. (A3)

#### *6.1.4.a Tilgang til leger*

Ettersom HLH startet som et misjonssykehus var det misjonslegene som arbeidet der i starten. De var ofte alene som leger i lengre perioder. Viktigheten av leger og spesialister fra utlandet fortsatte lenge å være stor for HLH. Jeg har dessverre ikke funnet data på dette i dag, og jeg har ikke nøyaktige tall på hvor mange utenlandske leger som er ved sykehuset i verken korte eller lengre perioder. Men jeg kjenner til flere som har vært ved HLH i alt fra en måned til ett år og fungert som spesialist. Om disse korte oppholdene sa A4:

Sånn var det ikke da jeg var der, da var vi der alene og det hadde også litt med at for å få lov til å gjøre noe som helst så må du ha autorisasjon og den har, for meg tok det mange måneder å få det. så mens jeg ventet på autorisasjonen min, så satt jeg på Haydom og var klar til å jobbe, men rørte ikke en pasient, jeg gjorde en masse statistikk og papirarbeid. (A4)



A4 arbeidet ved sykehuset i en lengre periode for over 20 år siden og som han sier var det annerledes den gang. At han måtte tilbringe måneder med papirarbeid før han fikk behandle pasienter tyder på at tilnærmingen til utenlandske leger var annerledes enn den er i dag. I så måte er det tydelig at det har skjedd en profesjonalisering av denne prosessen, ved at sykehuset har en bedre ordning for autorisasjon i samarbeid med tanzaniansk regjering. A4 sier at utvekslingsavtalene ble utviklet utover 2000-tallet og gjennomstrømmingen av utenlandske leger ble mye større (A4). Dette har vært positivt for kompetanseutveksling som blir pekt på i 6.2.5, men det er ikke en bærekraftig situasjon. Hvis sykehuset er avhengig av utenlandske spesialister vil endringer i internasjonale forhold eller en minkende interesse blant norske leger potensielt være ødeleggende.

Ettersom tanzanianske myndigheter strever med å ta over som den største bidragsyteren til sykehuset finansielt og pasientbetalinger er ømfintlig i et så fattig område, trenger sykehuset andre sikre kilder hvis norsk bistand skal minke ytterligere og til slutt forsvinne.

#### 6.1.5 Single National Health Insurance

I kapittel 3.2 la jeg fram planene tanzanianske myndigheter har for helseforsikring. «Single National Health Insurance» vil utgjøre en stor forskjell for HLH ettersom sykehuset betjener et fattig område.

KN jobber aktivt i samarbeid med «Interfaith Standing Committee on Economic Justice And Integrity of Creation» for å fremme universell helsedekning i Tanzania. I rapporten «Make it Possible» (ISCEJIC, 2018) påpeker de flere fremgangsmåter for å oppnå dette, hvor finansiering av en nasjonal helseforsikring er mest sentralt. A2 snakket om nevnte helseforsikringsordning som en del av KNs advocacy arbeid. KN mener det er viktig å drive «Arbeid med forsikring fordi det er forskjellige forsikringsprogrammer for fattige mennesker som kunne både dekket behov for helsetjenester og gitt inntekter til sykehus.» (A2). Det vil si at de, sammen med sine partnere i Tanzania, jobber for å påvirke regjeringen til å gjennomføre denne planen skikkelig. Som jeg også var inne på i 3.2 er denne forsikringsordningen igangsatt, men det har gått tregere enn antatt og i 2018 var rundt 30% av befolkningen forsikret. Alle de 30% er ikke del av «Single National Health Insurance», men av mange ulike forsikringsordninger, både private og offentlige (Ministry of Health, 2019).

Det er altså startet en prosess som vil gi et viktig inntektsgrunnlag til sykehus som HLH uten at det i stor grad går utover befolkningen. Løsningen skal være subsidiert etter innbyggernes inntektsgrunnlag. Det kan være en av tingene som påvirker implementeringen, ettersom en slik klassifisering vil være vanskelig og tidkrevende å gjennomføre.

#### 6.1.6 Samlende tanker om de kontekstuelle faktorene

Tanzanianske myndigheter dekker ikke nok av sykehusets utgifter til at de kan klare seg uten andre eksterne donorer. Ifølge verdensbanken og andre studier er det også en klar trend at fattige land ikke investerer stort i helse, og at i mange av disse landene går en liten del av disse midlene til trosbaserte sykehus igjen. Så på tross av at Tanzania nå har oppnådd status som et lavere-middelinnteksland vil det mest sannsynlig fremdeles ta lang tid før de vil dekke driften av HLH. Støtten har økt årlig de siste 10 årene, men det er fremdeles ikke nok til å drifte det. Denne støtten er også uforutsigbar, som er vel så problematisk når en søker bærekraftig drift.

Det at sykehuset har klart å påvirke de kontekstuelle faktorene ved å oppnå referansestatus har like vel vært et stort steg mot bærekraft. Det har antagelig vært viktigere for stabssituasjonen enn for økonomien. CMI rapporten viser at sykehuset er blant landets best bemannede rurale referansesykehus, men at tilgangen til spesialister og annet høyt utdannet personell like vel ikke er god nok. Det å ha en levelig stabssituasjon er viktig for å kunne fortsette å levere helsetjenester av høy kvalitet. Hvis sykehuset klarer å tiltrekke seg flere spesialister vil de også få muligheten til å huse flere turnusleger. Ettersom turnusleger ofte tar mange tidkrevende arbeidsoppgaver, vil legene få bedre tid til pasienter.

Siden tilskuddene fra tanzanianske myndigheter ikke har økt nok til å holde tritt med fallet i norsk støtte, er det mulig at økningen i prisene på flere tjenester i 2016 var for å demme opp for underskuddene. For et så fattig område som Haydom er det naturlig å tenke at en slik endring vil påvirke lokalsamfunnet. Utenom denne prisøkningen ser HLH ut til å ha en tett kobling til lokalsamfunnet. Det er et vanskelig forhold å analysere ettersom det etter all sannsynlighet ikke hadde eksistert slik det gjør uten HLH, dermed er de naturlig nær hverandre.

HLH har halvert budsjettetavhengigheten av Norad, men en følge av dette har vært store underskudd. Derfor fortsetter støtten, og sykehuset må fortsette arbeidet med å søke alternativ finansiering. Det er mulig at HLH betrakter Norad som en bærekraftig inntektskilde til tross for

signalene om at støtten skal opphøre, siden dette forholdet har vært pågående siden 1985. Det er ikke bare den økonomiske støtten som har endret seg. I senere tid har også bildet endret seg når det kom til utenlandske leger ved sykehuset. Kortere opphold av spesialister gjennom utveksling eller frivillig arbeid ble vanligere, denne gjennomstrømmingen av utenlandske leger tilbyr mye kompetanse og erfaring, men er ikke utelukkende positiv. Sykehuset kan ikke basere seg på at utenlandske leger vil dekke behovene i all framtid, og det er viktig med en stabssituasjon som klarer å levere tjenester selv om utenlandske leger stopper å komme. Det tyder uansett på en profesjonalisering av utvekslingsavtaler og en modernisering av ledelsen, ettersom det tidligere har tatt lang tid å få autorisasjon og leger gjerne har tilbrakt flere år ved HLH av gangen.

Den nasjonale helseforsikringsordningen ser ut som det mest lovende alternativet tanzanianske helsemyndigheter arbeider med for HLH. Ettersom det vil hjelpe med å oppfylle deres egen visjon om å kunne fortsette å hjelpe de fattigste og få betalt for det. Alle disse faktorene påvirker hvilket tilbud sykehuset kan gi befolkningen.

## 6.2 Aktivitetsprofil

Aktivitetsprofilen til HLH er større og mer avansert enn jeg kan trekke fram her, men for denne analysen har jeg valgt noen faktorer. Et viktig poeng for at profilen skal være bærekraftig er at den samsvarer med både folkets behov og sykehusets finansielle grunnlag (Olsen, 1998). Aktivitetsprofilen jeg presenterer innebærer derfor følgende aspekter ved sykehuset; tilbud, pasienttall, vertikale programmer, kvaliteten på tilbudet, forskningen ved HLH og sykehusets rolle som utviklingsagent. Jeg har også valgt å se nærmere på mor/barn tjenester ettersom det har vært en viktig del av HLH sitt tilbud, både for sykehuset og for donorer.

### 6.2.1 Tilbud

HLH tilbyr mange forskjellige helsetjenester og sykehuset har utvidet tilbudet mange ganger gjennom historien. Flessa (2001) peker på viktigheten av at tilbudet sykehuset gir stemmer overens med etterspørselen blant befolkningen det betjener for å oppnå bærekraftig drift. Ettersom mangel på samsvar vil føre til at tilbudet ikke blir benyttet av befolkningen.

Det at sykehuset til stadighet utvides kan være et tegn på at de har god oversikt over, og prøver å oppfylle, befolkningens behov. I 2007 åpnet sykehuset Amani Ward, en avdeling for

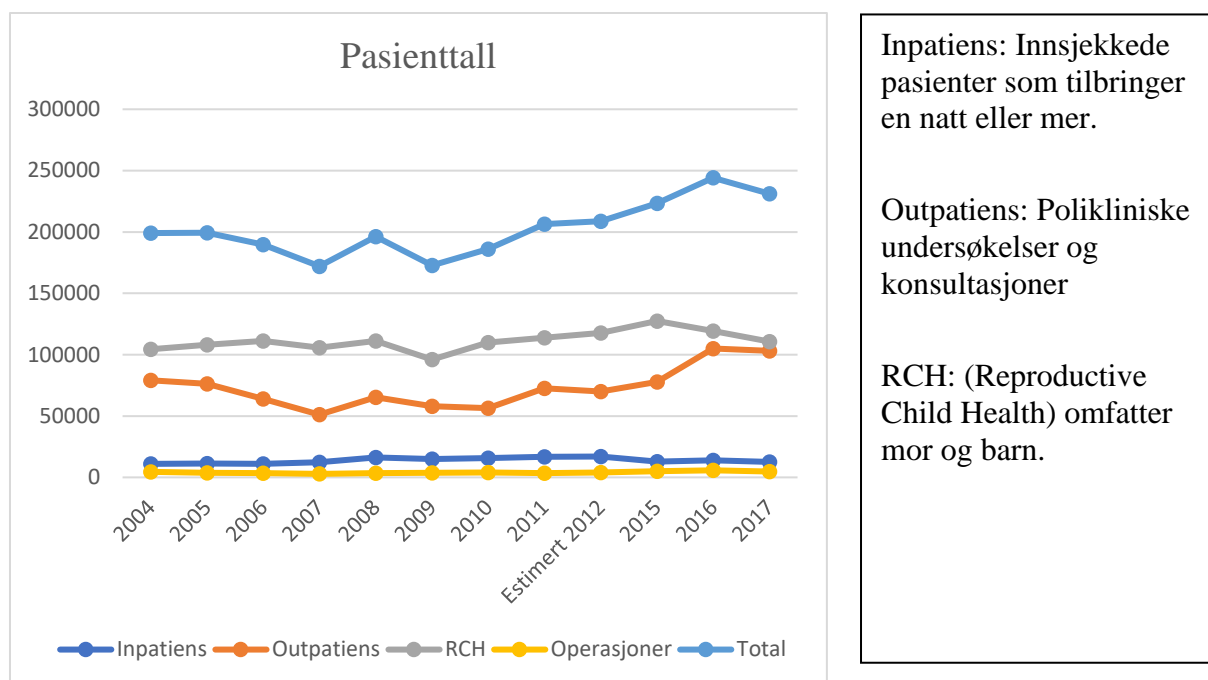
behandling av alkoholavhengighet. Sykehuset inneholder også kirurgisk- og medisinsk avdeling, akuttmottak, intensiv, operasjon, øye, gyn- føde- og barselavdeling, barne- og nyfødtafdeling. I tillegg til dette har de laboratorium, røntgen, apotek, vaskeri og systue og egen teknisk avdeling som består av teknisk, medisinteknisk, elektro, verksted og forsyningsavdeling (Stiftelsen Haydoms Venner, 2019).

HLH har ifølge A1 fungert som et regionalt referansesykehus i lang tid «På grunn av størrelse og kvalitet så har vi alltid vært et referansesykehus for andre sykehus i området.» (A1) Flessa (2001) underbygger dette, da vi ser at HLH hadde et pasientbelegg på 119% av kapasiteten i 1996 (se tabell 2.7 i kapittel 2.7). Det er tall som kan tyde på flere ting, som A1 sier så fungerte det som referansesykehus fordi de har hatt utstyr og kompetanse til å hjelpe pasienter andre sykehus ikke har kunnet hjelpe. Det kan også peke på at tjenestene sykehuset har levert har vært av god kvalitet, og mange har valgt sykehuset framfor andre tilbydere av helsetjenester. Eller så har dette sykehuset virkelig vært det eneste tilbudet for en større befolkning enn det egentlig har hatt kapasitet til.

Hvorvidt tilbudet stemmer overens med befolkningens behov er det vanskelig å si noe sikkert om ettersom det ikke er noe publisert materiale på akkurat dette og jeg ikke har hatt mulighet til å snakke med lokalbefolkningen. Videre i kapittel 6.2 peker jeg likevel på flere indikatorer som argumenterer for at HLH i stor grad imøtekommer disse behovene.

### 6.2.2 Antall pasienter

Hvis vi ser på antall pasienter som benytter seg av noen utvalgte tjenester i perioden CMI-rapportene dekker er det en økende trend (se figur 7). Jeg har valgt ut sykehusets mest brukte tjenester, men disse reflekterer det overordnede bildet, pasienttallet ved HLH øker.



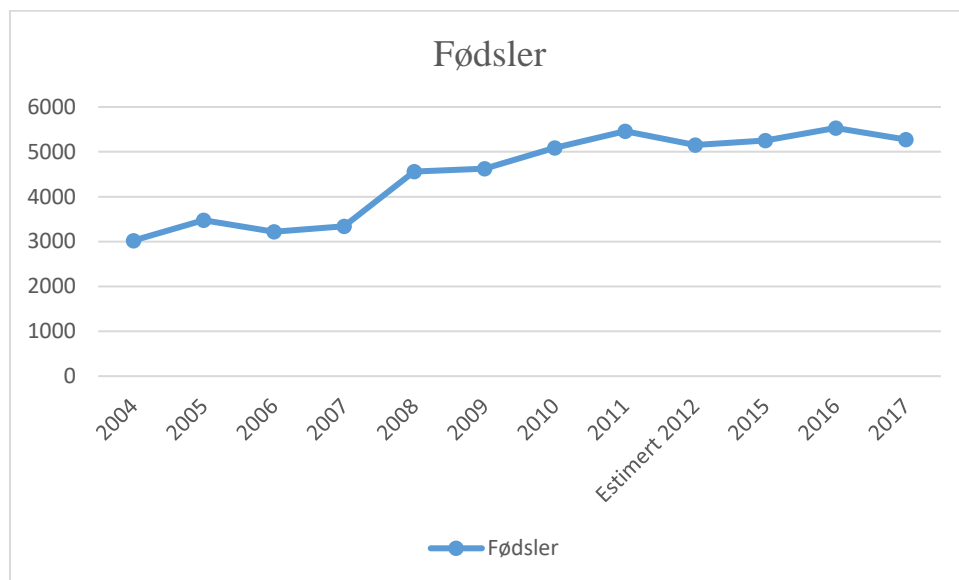
Figur 7: Pasienttall ved HLH

Tallene er hentet fra (HLH, 2013; Lange & Tilly, 2013; Mæstad & Mwisongo, 2009; Svanemyr & Mollel, 2018))

Det økende antallet pasienter kan tolkes som en bekreftelse på at HLH klarer å levere den type tjenester folket har behov for. Fallet i pasienter fra 2016 til 2017 kan forklares med økningen i pasientpriser som ble nevnt i 6.1.2, men det kan også være andre eksterne forklaringer. Det er mulig at 2017 var et år med mindre sykdom i området, hvis regnet har vært godt og avlingene gode de siste årene kan dette også påvirke hvor mange som søker helsehjelp. Eller det kan ha med forbedrede helsetjenester ellers i området å gjøre. Helseplanene (Ministry Of Health and Social Welfare, 2015) viser at et økt fokus på bedre primærhelsetjenester i rurale områder skulle være viktig i tiden fram mot 2020. Hvis disse planene har blitt gjennomført er det mulig at større tilbud av offentlige primærhelsetjenester i området tar seg av litt av pasientene som ellers ville gått til HLH. Midterm-evalueringen (Ministry of Health, 2019) viste dog til at landets offentlige rurale helsetjenester ikke hadde sett den ønskede forbedringen. Og at flere helsestasjoner stod uten personell også da. Evalueringen viste bare nasjonale oversikter, så jeg vet ikke noe sikkert om området rundt Haydom, men den generelle trenden viste liten framgang og at mange mennesker fremdeles stod uten et offentlig helsetilbud. Dermed ser jeg prisøkningen ved sykehuset i 2016 som den mest sannsynlige årsaken for pasientfrafallet.

### 6.2.3 Mor/barn tjenester

Mor/barn helse har lenge vært et viktig fokusområde for både internasjonal og norsk bistand. Bærekraftsmål 3 og delmål 3.1 og 3.2 (Regjeringen, 2020) handler om å redusere mødredødelighet og få slutt på dødsfall som kan forhindres blant nyfødte. Som historien viser tok HLH særegne tiltak for dette allerede på 70-tallet da mobilklinikkene ble startet. I 2008 fikk sykehuset støtte fra Norad for å arbeide med Tusenårsmål 4 og 5, redusere barnedødelighet og bedre mødres helse (Norad, 2015). Dette var et grant på en femårsperiode på tilsammen 14,8 millioner kr. Sykehuset mottok også ekstra støtte i løpet av denne perioden grunnet uforutsette endringer, som en svakere krone og økte priser på drivstoff (Lange & Tilly, 2013, s. 2). Figur 8 viser fødsler ved sykehuset eller som hadde sykehuspersonell tilstede.



Figur 8: Fødsler ved HLH

(Tallene er hentet fra (HLH, 2013; Lange & Tilly, 2013; Mæstad & Mwisongo, 2009; Svanemyr & Mølle, 2018))

Avtalen som ble inngått i 2008 om ekstra støtte for tusenårsmål 4 og 5 ser ut til å ha medført en endring. Fra 2008 og utover har flere barn blitt født med kvalifisert personell til stede. A1 forteller også om at dette var en av flere målsettinger som var viktige for sykehuset og som sammenfalt med målsettingene til de store giverne. Jeg har tidligere nevnt fattigdomsorienteringer, men han sier også «et annet eksempel kan være mor og barn helsetjenester. Stoltenberg initiativet og verdens helseorganisasjon hadde en veldig uttalt målsetting om å få enda flere fødsler inn i et faglig og kvalifisert nok tilbud.» (A1). Videre forteller han at det var viktig for sykehuset å gjøre seg relevante for norske bistandsmidler, at

de bevisst var opptatte av å være et sykehus som ivaretok målsettingene til giverne. Han peker på at dette skaper en gjensidig avhengighet og en gjensidig etterrettelighet. (A1)

Mor/barn helse ser fremdeles ut til å være et fokusområde for HLH, ettersom de nå samler inn penger til en ny nyfødtafdeling (A3). Siden sykehuset har hatt dette som en egen målsetting så lenge mener jeg at selv om A1 snakker om å gjøre seg relevante for giverne er ikke mor/barn helse ett fokusområde sykehuset tok til seg for å tiltrekke midler. Jeg tror det har mer å gjøre med den tidlige historien til HLH, og misjonærenes møte med noen av tradisjonene som eksisterte blant stammene da de kom til Haydom. Hvis mødre fødte døde barn måtte de isoleres fra stammen fordi de var urene og det kunne smitte, hvis en mor døde under fødsel skulle barnet legges bort av samme grunn. Meetemani kalles det og slike hendelser i forbindelse med fødsler satt i gang et tidlig satsningsområde for å hjelpe så mange som mulig med trygge fødsler (Enes, 2004, s. 80)

#### 6.2.4 Vertikale programmer

Litteraturen nevner vertikale programmer som et problemområde for mange helseorganisasjoner som mottar mye ekstern støtte (Gill & Carlough, 2008). Jeg vil argumentere for at dette ikke har vært trenden ved HLH. Satsningsområdene til HLH og norsk bistand har vært sammenfallende, dette kan begrunnes med A1 sitt utsagn om at de har jobbet aktivt med å holde seg relevante for donorer. Men det har vært langvarige satsninger fra begge parter. Det blir også uttrykt av informantene at de programmene som har gjort HLH attraktive for norske donorer har vært satsningsområder og sentrale aspekter ved sykehusets egen visjon. Det har ikke vært slik at HLH har satt i gang mange mindre side-programmer på grunn av internasjonale trender for å sikre finansiering til sykehuset. Dette kan gjenspeiles i kvaliteten på tjeneste HLH tilbyr.

#### 6.2.5 Kvalitet på tilbud

Ifølge evalueringsrapporten fra 2018 leverer sykehuset tjenester av høy kvalitet, rapporten viser til et rangeringssystem kalt «SafeCare». Det er en del av «Pharm Access Foundation og de har utviklet standarder for ulike kategorier av helsetilbydere. Dette akkrediterer helseforetak i fattige land med nivå 1 til 5 hvor 1 er «modest quality» mens 5 er «high quality». På denne skalaen ble HLH plassert på nivå 4 i 2017 (Svanemyr & Mollel, 2018, s. 12). Også informantene mine snakker om den gode kvaliteten på tjenestene HLH tilbyr. A5 mener at «hvis du snakker

med noen av de (ansatte) og spør turnuskandidatene, så sier de at helsetilbudet som gis på Haydom er heller av de bedre enn mange andre steder i Tanzania» (A5). Utsagn som dette nevnes også i CMI sin rapport «The quality aspects were further substantiated with the District Medical Officer (DMO) and the Regional Medical Officer (RMO), who have acknowledged that HLH hospital provides better quality health services than all other hospital in the region.» (Svanemyr & Mollel, 2018, s. 12).

Det økende antallet pasienter HLH har sett det siste tiåret tyder også på at pasientene er godt fornøyde med både tilbud og kvalitet ved sykehuset. Dermed virker det som at man trygt kan si at HLH leverer helsetjenester av god kvalitet, noe A2 konstaterer, men også tilbyr en forklaring på når vi snakker om KN sine mål for arbeidet deres.

Å opprettholde kvaliteten på de tjenestene de leverer og mye av den kvaliteten har å gjøre med de viktige forbindelse de har hatt med fagmiljøer i Norge og ikke minst tilgang på ressurser som andre offentlige sykehus for eksempel og andre private sykehus kanskje ikke har. (A2)

Det er liten tvil om at HLH sitt forhold til norske donorer og med tiden norske fagmiljø har hatt stor innvirkning på kvaliteten på sykehusets tjenester. Men norske fagmiljøer har også fått utbytte av denne kontakten, og HLH har med tiden blitt et viktig sykehus for flere forskningsarbeid.

#### 6.2.6 Forskning ved HLH

Det har vært gjort mye forskning ved HLH og flere nordmenn har blant annet utført doktorgradsarbeid der (Enes, 2004, s. 269). Arkivene tilbyr en fantastisk mulighet for både helse- og samfunns-forskere. Men det viktigste for sykehuset er den medisinske forskningen som foregår.

I intervju med A2 forteller hun spesielt om et samarbeid med Laerdal Global Health, et søsterselskap til Laerdal Medical. De jobber non-profit med å redusere både mor- og barn-dødsfall i forbindelse med fødsler i lavressursområder (Laerdal Global Health, 2021). Om samarbeidet sier hun «de har utviklet mye medisinsk utstyr og i samarbeid med Haydom har de utviklet sånn tilpasset teknologi for å hjelpe mødre som føder og barn som er tidlig født.» (A2). Dette samsvarer med et av HLH sine eksisterende satsningsområder, og passer godt til sykehusets aktivitetsprofil.



Å være del av slike forskningsprosjekt er med på å øke sykehusets legitimitet og styrker deres posisjon i helsesystemet. Det gir også HLH en rolle å spille i et større utviklingsbilde enn bare utviklingen av området rundt sykehuset. I tillegg er slik forskningen med på å forbedre kvaliteten på mor/barn tjenester som er et av sykehusets viktigste tilbud.

### 6.2.7 Utviklingsagent

En del av HLH sin aktivitetsprofil kan plasseres utenfor det helsemessige tilbudet. De har i lang tid hatt en rolle som utviklingsagent for området. Og har fremdeles en visjon om «Reducing the Burden of Disease, Poverty Alleviation, Building and Maintaining Institutional Capacity of both HLH and its partners, Improved Collaboration with Likeminded Institutions.» (HLH, 2017). De skal altså ikke bare bidra med helsetjenester til fattige, men vil også bidra til å minke fattigdom i området.

Som jeg kommenterte i 5.9 sier evalueringsrapporten at disse aktivitetene ikke påvirker økonomien til sykehuset nevneverdig. Men den sier at selv om ulike utviklingsprosjekter organiseres utenfor sykehuset involverer de som regel sykehuspersonell på en eller annen måte. Hvis prosjektene ikke utvikler seg som planlagt og de krever ekstra mye oppmerksomhet kan dette kreve mye tilsyn fra ledelsen ved HLH, dermed er det viktig at både antall og størrelse på slike prosjekter blir tilpasset til den organisatoriske kapasiteten sykehuset har tilgjengelig.

Utenom dette kan det også argumenteres for at HLH bidrar som utviklingsagent for en utvidet befolkning enn de som bor i Haydom. Gjennom forskningen som drives blant annet i samarbeid med Laerdal Global utvikles teknologi som blir tatt i bruk mange andre steder, ikke bare i Tanzania. A2 snakker om dette som en kjempespennende mulighet, og KN vil «bruke denne erfaring mot andre afrikanske programmer i Afrika. Så vi har både hjulpet litt sånn, hatt en rolle i å formidle denne kunnskapen til for eksempel Sør-Sudan og det innebærer opplæring av jordmødre i bruken av disse teknologiene.» (A2) Teknologien blir anvendt i flere andre land og HLH er delaktige i trening og opplæring av jordmødre. Slik skaper også sykehuset seg et navn nasjonalt og internasjonalt.

### 6.2.8 Samlende tanker om aktivitetsprofilen

Pasienttallet ved HLH øker stadig, bortsett fra 2016 til 2017 hvor det sank litt igjen som diskutert i 6.2.2. Dette kan skyldes god kvalitet på tjenestene, billigere tilbud enn de offentlige

helsetilbyderne eller økt populasjon, mest sannsynlig så gjelder litt av alt. Sykehuset tilbyr mange ulike tjenester og har sett mange utvidelser gjennom historien. Nå er målet en ny nyfødtavdeling, ettersom pasienttallet jevnt over øker tyder slike utvidelser av tilbudet å treffe befolkningen. Siden HLH er en så stor del av lokalsamfunnet det operer i, vil jeg tro at sykehuset har god oversikt over sykdomsbildet og tilpasser tilbudet deretter. Men utvidelsene ser ofte ut til å være et resultat av innsamlinger, og det som ikke kommer tydelig fram i materialet jeg har fått tilgang til er planene for de økte driftsomkostningene slike utvidelser også bringer med seg.

En viktig del av sykehusets tilbud har lenge vært mor/barn helse. Som figur 7 viser er tjenestene som leveres under samlebetegnelsen «Reproductive Child Health» til mor og barn det HLH leverer mest av. Dette har sammenfalt med norske interesser og dermed vært med å legitimere bistanden, og gitt HLH mulighet til å satse så mye på dette tilbudet. Det har også blitt en viktig del av forskningen ved sykehuset. Samarbeidet med Laerdal Global Health trekkes særlig fram ettersom dette har sett gode resultater. Teknologien som har blitt utviklet og kunnskapen og ferdighetene som har kommet i arbeidet formidles til andre sykehus. Dette kan være med på å styrke sykehusets posisjon i det tanzanianske helsesystemet, samtidig som det kan vekke interesse hos potensielle donorer eller investorer.

Rollen som utviklingsagent ser ikke ut til å påvirke sykehusets økonomi. Men det kan påvirke arbeidsmengden til de ansatte og dermed bli en ekstra påkjenning. Hvis sykehusets ledelse må ta fokus bort fra sykehusledelse, kan dette gå utover driften og andre viktige områder. Dermed vil det kreve en større organisatorisk kapasitet enn hvis det direkte utviklingsarbeidet trappes ned.

### 6.3 Organisatorisk kapasitet

Den organisatoriske kapasiteten er vanskelig å definere klart, ettersom kapasitet er et flytende og dynamisk begrep som LaFond et al., (2002) peker på. Men god kapasitet det å være dynamiske i forhold til endringer i omgivelsene, slik at tilbud og forbruk kan justeres og tilpasses. Dermed har jeg valgt å sette søkelyset på fremtidig finansiering, ressursmobilisering, fremtidsplaner, kapasitetsbygging og nasjonalisering som viktige faktorer for å si noe om den organisatoriske kapasiteten ved HLH og forutsetningene for framtiden. Det er mange elementer

her det er vanskelig å si noe om da jeg ikke har hatt mulighet til å ha dialog med ledelsen ved sykehuset, men jeg har trukket fram noen viktige poeng.

### 6.3.1 Framtidig finansiering

Som nevnt i 6.1.4 har sykehuset inngått en ny fireårig avtale (2019-2022) med KN og Norad og er dermed sikret finansiering fram til 2022. Men det ligger aldri en garanti for at en ny avtaleperiode blir innvilget som A1 beskriver «Men det er klart at det var jo heller ikke lengre enn det, så det var jo knyttet usikkerhet til hvor vidt vi skulle få nye midler når fem år var gått» (A1). Selv om den norske støtten har vedvart siden sykehusets oppstart, er det ingen garanti for framtiden, og det er derfor lite bærekraftig. Men som jeg også poengterte så dekker norske midler i dag bare halvparten av det gjorde i 2014. Kuttene har ført til underskudd, derfor er ikke bare sikring av framtidig finansiering viktig for arbeidet KN driver med, det er også viktig å sikre midler fra andre steder mer omgående som A2 forteller «også har vi også bistått dem med fundraising fordi det med budsjettunderskudd har vært og er fortsatt en utfordring for Haydom.» (A2).

I kapittel 6.1.5 kom jeg inn på arbeidet med en nasjonal forsikringsordning som vil ha stor innflytelse på sykehuset, men som ikke vil dekke full drift. Derfor er sikring av framtidig finansiering et viktig arbeidsområde for KN. I tillegg til at de arbeider med nettverk og kontakter for HLH, arbeider de også direkte med administrasjonen på dette området.

Nå er det min personlige mening, jeg tror fundraising har vært vanskelig fordi, jeg tror det er litt behov for mindset i ledelsen til sykehuset fordi de kanskje tenker veldig tradisjonelt, sånn type institusjonelle grants som de har fått gjennom Norad eller sånne happenings for fundraising. (A2)

Et eksempel på dette er marathon-løpet HLH avholdt i 2019 til innsamling for en ny nyfødtavdeling. Overskuddet av maratonen ble på 220 000 NOK (Fløgstad, 2019). Det er ingen tvil om at 220 000 kommer godt med når sykehuset skal bygge ny nyfødtavdeling. Men det er ikke driftspenger, som A2 peker på kan det virke som at det fremdeles er en tanke om institusjonelle grants (som det de mottar fra Norad gjennom KN) skal dekke dette. Hun mener «man bør tenke at det er behov for å tenke litt nytt på hvordan moderne private sykehus skaffer penger til drift.» (A2) Dermed blir arbeid med styresett og organisasjonsstruktur viktig i arbeidet. Hun nevner også at bedriftsplanlegging bør være like viktig som leveringen av medisinske tjenester for et sykehus som Haydom i den situasjonen de er akkurat nå (A2).

Nyere forskning (Rodriguez, Svensson & Wood, 2020) peker på at «corporate planning» (bedriftsplanlegging) med fokus på bærekraftige initiativer er på vei inn i helsesektoren globalt. Begrepet handler om bedrifts-siden av sykehus og driften av dem. Klare planer for sikker finansiering i lang tid står sentralt. Jeg tolker det som at A2 mener fokuset på dette må være like stort som fokuset på sykehusets aktivitetsprofil i denne perioden, hvor målet er bærekraftig drift. Disse to aspektene av driften kan ikke ses uavhengig av hverandre ettersom det finansielle i stor grad dikterer rammene for aktivitetsprofilen, mens kvaliteten og størrelsen på det tilbudet man klarer å levere også kan påvirke det finansielle positivt. Det sistnevnte har vært sykehusets egen strategi, i sykehusets strategidokument fra 2015 står det:

Why do we choose this strategy of growth at a time when resources appear to become increasingly limited? Because we believe that in order to survive as a successful institute, we have to continue to build on the exceptionally strong foundation laid by the hard work and investments of 60 years past. It's about remaining successful. Consolidation and lack of growth would lead to stagnation, whilst further growth creates increased dynamic and will help to attract and retain staff and keep our stakeholders engaged with and enthusiastic about "the anachronism" called Haydom. This is our path towards leading the way. (HLH, 2015)

Her skinner tankegangen A2 peker på igjennom. «Keep our stakeholders engaged» tyder på et mål om å holde på donorer, som i all hovedsak er norske bistandsmidler.

A2 snakker videre om den trosbaserte motivasjonen til sykehuset, og at de alltid har behandlet fattige, uansett betalingsevne. I den sammenheng nevner hun to muligheter. «Så det å minske de ikke-betalende pasientene på en rettferdig måte er nok en greie vi jobber med på funding. Også andre nye ideer som investment funds og litt mer den slags.» (A2) Hun sikter til den nasjonale forsikringsordningen som KN er en stor tilhenger av og som jeg har adressert i 3.2 og 6.1.5. I kapittel 3.2 kom jeg også inn på «Health Basket Fund» hvor bistandspenger fra flere givere blir samlet i en pott som i hovedsak blir fordelt på landets primærhelsetjenester. På tross av at HLH leverer mye primærhelsetjenester mottar de ikke noe av denne potten. «Investment funds» blir dermed en privat løsning for sykehuset, hvor ulike investorer plasserer pengene sine. Noe som definitivt er en spennende tanke, men ettersom dette først og fremst er et sykehus, og sykehus først og fremst er utgifter, har jeg vanskeligheter med å se at det vil trekke investorer som er interessert i profitt.

Det er vanskelig å se for seg at sykehuset skal klare seg uten eksterne midler fra andre steder enn den tanzanianske regjeringen. For å forbedre forutsetningene for bærekraftig drift vil jeg argumentere for at det blir viktig å kutte ned avhengigheten av en enkelt donor i første omgang. Slik jeg har forstått konseptet bærekraft må det være mulig å dele det inn i en gradvis overgang. For HLH kan det for eksempel se slik ut:

1. Avhengig av en enkelt donor i tillegg til egne inntekter og tilskudd fra staten
2. Avhengig av eksterne midler, men har mange donorer i tillegg til egne inntekter og tilskudd fra staten
3. Ikke avhengig av andre inntekter enn egne og tilskudd fra staten.
4. Ikke avhengig av noen form tilskudd.

I denne forenklete tilnærmingen er HLH på nivå 1 mens nivå 3 oppfylder Olsens (1998) krav for finansiering av en bærekraftig helseorganisasjon, ettersom nivå fire ikke vil angå helseorganisasjoner som ikke er basert på lukrative spesialiteter. Men nivå 2 er også mer bærekraftig enn nivå 1, hvis sykehuset klarer å sikre seg flere donorer eller investeringer fra ulike investorer. Vil summene fra hver enkelt også minke og de vil kunne håndtere at noen trekker seg mye bedre. I HLH sitt tilfelle mener jeg det vil være mest fruktbart å definere slike delmål, ettersom å få på plass forutsetningene for en fullstendig bærekraftig finansiering krever at Tanzania som nasjon bevilger mer midler til sykehuset, noe som trolig vil ta mange år enda. Men selv om finansieringen er viktig for bærekraft, mener Olsen at det er like viktig at sykehuset har kapasiteten til å mobilisere og tilpasse de ressursene de faktisk har tilgjengelig til enhver tid.

### 6.3.2 Ressursmobilisering

Hvordan dette foregår på sykehuset har ikke mine informanter snakket om, men det er noen aspekter ved datamaterialet som kan gi et mulig bilde. I 2015 da den økonomiske støtten fra Norge ble mindre forble både levering av, og kvaliteten på, tjenestene høy ifølge evalueringsrapporten fra CMI (Svanemyr & Mollel, 2018). Det viser seg at det har ført til budsjettunderskudd og at sykehuset har måttet ta fra oppsparte «capital funds». En annen konsekvens har vært at sykehusbygninger og utstyr ikke har fått det vedlikeholdet eller oppussingen det har trengt. Dermed ser det ut til at ledelsen ved sykehuset setter det medisinske tilbudet høyest. Men hvis man driver på en slik måte i en lengre periode vil tilbakeslaget være

veldig stort når det kommer. Det kan tyde på at sykehuset enten ikke tenker noe særlig på at de skal levere helsetjenester i lang tid, eller så kan det tyde på at de «vet» at det ordner seg, en mentalitet Flessa (2001) viser til i sin studie. De føler seg trygge på at så lenge vi leverer et tilbud med høy kvalitet, vil donorene våre fortsette å gi.

### 6.3.3 Framtidsplaner

Utover planene for økonomisk drift er planer for hvordan sykehuset skal møte eventuelle endringer viktige. Det er ifølge LaFond et al., (2002) det kapasitet handler om. Shediac-Rizkallah og Bone (1998) påpeker også viktigheten av å ha slike planer og klare mål underveis, evaluere dem og revidere hvis nødvendig. Historisk har nok dette vært en utfordring for HLH på grunn av den sentraliserte styringen under Dr. Olsen. A4 fortalte:

Da jeg jobbet der, så var det liksom en trygg situasjon, med Ole Hallgrim i sjefsstolen og det var ingen som tenkte på noe annet. Fordi han var liksom rettferdig og gjorde det beste og gjør at det utviklet seg, sånn at det var liksom ikke snakk om å tenke framover. (A4)

Denne situasjonen ser ut til å være i endring. Det har vært vanskelig å finne klare mål sykehuset har hatt for framtiden før nå. På sykehusets hjemmesider ligger det noen årlige rapporter, men ikke fra hvert år, og to strategiske planer 2002-2006 og 2015-2019. På sykehusets hjemmeside står også visjonen og mottoet «reduce the burden of diseases» og «to cater for the needs of the whole human being- physically, mentally, spiritually and socially» (HLH, 2017). Dette er målsetninger som er vanskelige å måle, og det er den type formuleringer som har gått igjen i de tidligere dokumentene. Men i «5-year strategic plan» for 2015 – 2019 (HLH, 2015) kan man se en endring. Dokumentet inneholder et utkast til et overvåkings- og evaluerings-rammeverk for perioden med relativt klare parametere. Det ser dermed ut til at sykehuset har begynt å utvikle klare delmål og et rammeverk for hvordan en kan evaluere utviklingen.

Planen som kom ut i Februar 2015 vil jeg tro var bortimot ferdigstilt før KN tok over som grant-manager i Januar 2015, de er heller ikke nevnt i dokumentet en eneste gang. Det tyder på at KN ikke var involvert i utformingen av planen, og at sykehuset dermed hadde tatt et viktig steg allerede før KN startet arbeidet sitt.

#### 6.3.4 Kapasitetsbygging

«hvis du skal si at et åpenbart problem fra et norsk Norad-perspektiv er at for eksempel. For 30 år siden da var styringssystemet veldig top-down, og det er ingen hemmelighet» (A5)

Kapasitetsbygging er, som jeg tok opp i 2.8, et dynamisk begrep og det er vanskelig å definere akkurat hva kapasitet er. A1 snakker mye om institusjonalisering, A2 snakker om å styrke kapasitet hos administrasjonen, og A3 snakker om eksterne rådgivere. Det er med andre ord mange måter å jobbe med kapasitet på.

A1 er generelt opptatt av det han kaller institusjonalisering og nasjonalisering. Nasjonalisering har jeg gått mer inn på i 6.3.5 ettersom det vanligvis er viktig for bistandsprosjekter, men slik A1 snakker om disse prosessene er det ikke lett å skille uttalelsene hans, det vil derfor bli nevnt også her:

Det som er viktig som jeg tenker det er jo at alle de prosessene rundt styring og ledelse blir institusjonalisert altså at de lever videre i gode prosedyrer uavhengig av hvem som er ledere og hvem som har posisjonene til enhver tid. (A1)

A1 forteller at dette arbeidet ble startet på 90-tallet. Da fikk sykehuset et eget sykehusstyre. Det var en gruppe i bispedømmet til ELCT som var helseansvarlige. Fram mot 2004 ble det generelt gjort et stort arbeid med å omorganisere helsearbeidet til bispedømmet som førte til at sykehuset fikk et faglig og godt styre. Dette var delvis på bakgrunn av at det styret som var, tok eget initiativ for å modernisere styringsstrukturene, men også på bakgrunn av at de nasjonale myndighetene begynte å innføre dette nasjonalt. Regjeringen så et behov for alle sine sykehus, men HLH var tidlig ute med et slikt styre.

Når A1 snakker om at tanzanianere skal over stillingene i ledelsen, argumenterer han for at man må bygge institusjonene rundt. Hvis en ikke gjør det, så ser vi ofte at bistandsprosjekter faller sammen, ettersom det ikke er et velfungerende støtteapparat rundt stillingene. Uten et velfungerende styre og gode mekanismer, vil jobben være mye vanskeligere enn den kunne ha vært. Derfor er det så viktig å ha dette på plass, så vil nasjonaliseringen komme som en naturlig konsekvens etter hvert som kompetanse og ressurser er tilgjengelige. «Men det er veldig mange bistandsprosjekter som har falt sammen fordi nasjonaliseringsprosessen har gått for fort og bistandsorganisasjonene har ikke tatt den tiden det tar å bygge institusjonene i de prosjektene.» (A1)

Arbeidet med å styrke strukturene og mekanismene i toppen av sykehuspyramiden har altså pågått siden midten av 90-tallet. Og KN fortsetter dette arbeidet i dag. Informant A2 fortalte om de ulike målene KN hadde for avtaleperioden fra 2015 til 2019 og mål «1. er å styrke kapasitet av lederne på sykehuset, i det første grant så var det et samarbeid mellom KN, diakonhjemmet sykehus i Oslo og Haydom for å gi trening til styret om hvordan et moderne sykehus skal styre arbeidet.» (A2). Informanten har som vist tidligere, i 6.3.1 blant annet, snakket om en endret tilnærming til framtidig finansiering som også kan ses som kapasitetsbygging. Men denne delen av samarbeidet har altså handlet om hvordan man skal styre et sykehus.

CMI rapporten fra 2018 peker på samarbeidet med Diakonhjemmet sykehus i Norge som en god start, men at det er problematisk ettersom Diakonhjemmet har veldig forskjellige forutsetninger og at sykehusledelsen ved HLH må konsentrere seg om mange flere elementer. Fra 2016 til 2018 ble det avholdt seminarer av personell fra Diakonhjemmet og treningen tok for seg lederskap, styresett, klinisk retning, «team work», forandringsledelse og konfliktløsning. Disse seminarene ble godt tatt imot og evalueringen ser stor verdi av den. Men den manglende ekspertisen på drift i ressursfattige områder finner CMI rapporten problematisk (Svanemyr & Mollel, 2018, s. 29-30).

Haydoms venner ble en del av denne overgangsperioden da den nye direktøren i 2016 kontaktet dem. I samtalen med A3 forteller hun om at den nye direktøren ønsket seg mer administrativ støtte, og helst norsk administrativ støtte. Siden det hadde vært norske direktører der helt fram til han tok over. Da fant Haydoms Venner i samarbeid med tidligere direktører ved HLH en rådgiver som hadde erfaring fra Angola og Sør-Sudan og KN. Ifølge informanten var KN litt skeptiske til dette ettersom de ønsket en tanzaniansk rådgiver hvis det skulle være noen. Men Haydoms venner og direktøren ble enige om et toårig engasjement:

Det første året var veldig vellykket, ehm det var jo snakk om strategi og, framdrift og hvordan en kan effektivisere for det er jo, sykehuset har jo egentlig gått i underskudd i mange år og det bidraget fra Norad som da er organisert av KN, så det var jo egentlig, målet var jo å få en mer effektiv drift, men med samme kvalitet. (A3)

Engasjementet av en norsk rådgiver kan tyde på at de strukturene som var bygd opp i administrasjonen ikke var helt nok. Men A3 presiserer at dette engasjementet ikke varte lengre



enn halvannet år. Da sa direktøren at administrasjonen følte seg trygg på videre driften uten denne rådgiveren ved sykehuset. (A3)

### 6.3.5 Nasjonalisering

Jeg har valgt å bruke begrepet nasjonalisering for prosessen Olsen kaller «localization» ettersom det er begrepet informant A1 bruker. Nasjonalisering går ut på at nasjonale/lokale krefter skal ta over arbeidsoppgaver og ansvarsområder. I HLH sitt tilfelle driften, og etter hvert finansieringen, av sykehuset. Om nasjonalisering (localization) sier Olsen (1998), selv om det henger sammen med bærekraft, vil det ikke være et tegn på utvikling i riktig retning om aktivitetene ikke vedvarer under den nye administrasjonen. Det er en tilnærming som stemmer overens med A1 sitt syn på det, da han var opptatt av institusjonalisering før nasjonalisering.

Denne tankegangen har ført til at det har tatt lang tid før en tanzanianer overtok som direktør av sykehuset. Men i 2015 overtok ifølge A5 «en fantastisk god tanzaniansk lege, som kommer fra landsbygda rett utenfor, 3 km utenfor Haydom. Han har vært overlege og sjefdirektør nå rundt 5 år». Det at det tok så lang tid før en tanzanianer tok over direktørrollen har vært et av argumentene for «anakronismen HLH», men dette forklarer A1 med at det er en stor jobb som må gjøres..

A1 forklarer viktigheten av å bygge en solid ledelsesstruktur som jeg presenterte i 6.3.4. Han mener at når dette er på plass er det ikke så viktig hvem som tar over jobben ettersom «sykehusstyret ansetter vedkommende på bakgrunn av de premissene som de selv har lagt for stillingen og følger med på hvordan vedkommende gjør det i jobben, det er det som er viktig.» (A1) Han fortsetter med å fortelle at kriteriene styret da har satt, gjerne vil være kulturell- og språk-kunnskap i tillegg til den faglige tyngden som trengs for en slik stilling.

Det kommer som en naturlig følge av at institusjonene vet hva de vil, altså styret vet hva de vil og hva de ønsker i en slik stilling. Men givere har en tendens til å sette inn, for å sette det litt på spissen, en tanzanianer for enhver pris. (A1)

Han nevner også at det siste norske styremedlemmet sluttet i 2020 (A1). I dag er det altså ingen norske i ledelsen eller i styret. Men det er mulig å stille spørsmålstegn ved KN sin innflytelse hvis målet er full nasjonalisering. Hvor mye de påvirker styringen av sykehuset er vanskelig å si, men slik forholdet er beskrevet er de i all hovedsak inne som en støtte og har i så måte ingenting med driften av sykehuset å gjøre.

### 6.3.6 Samlende tanker om sykehusets organisatoriske kapasitet

Olsen (1998) trekker fram den organisatoriske kapasiteten til en helseorganisasjon som en mulighet for å oppnå en form for bærekraft selv om en fullt bærekraftig finansiering ikke er på plass. Hvis sykehusets styre og ledelse er godt strukturert og har en god evne til å mobilisere ressurser, vil man kunne kalle det bærekraftig, ettersom ingen helseorganisasjoner som leverer tjenester til den brede offentligheten bare lever på egne inntekter.

Slik sykehuset har mobilisert de økonomiske ressursene sine etter Norges nedgang i støtte er ikke bærekraftig. Det kan se ut til å ligge en mentalitet bak det hvor tanken er «så lenge vi leverer gode tjenester, vil støtten komme», noe som stemmer overens med Flessa (Flessa, 2001) sine funn. Så langt har det visst seg å være riktig, men nå minker støtten fortere enn tidligere. Selv om de årlige summene øker litt igjen fram mot 2022, er fireårsavtalen mindre enn den som ble inngått i 2015. Sykehuset må derfor finne alternativ finansiering. Slik jeg ser det vil det ta lang tid før eksterne donorer kan trekke seg helt ut hvis målet er å opprettholde aktivitetsprofilen slik den er i dag. Men det vil være mulig å ha et mer bærekraftig forhold til eksterne donorer enn det sykehuset har nå. Hvis HLH klarer å diversifisere inntektsgrunnet slik at de får flere kilder vil de takle endringer bedre. Men det krever en ledelse som klarer å håndtere det å drive bedriften HLH og ikke bare sykehuset HLH.

Et annet viktig steg på veien mot bærekraft er klare planer og delmål som har nettopp bærekraft som hovedmål. Sykehuset har, i alle fall offentlig, klarere planer og delmål for framtiden nå enn tidligere. Det å ha slike mål er viktig for å kunne følge hvilken retning sykehuset beveger seg i og eventuelt revurdere underveis.

Når det kommer til kapasitetsbygging i sykehusets styre og ledelse er dette vanskelig å få grep om. De ulike informantene snakker om ulike aspekter og jeg har ikke hatt mulighet til å se eller høre med ledelsen ved sykehuset. Men det er tydelig at det arbeides mye med det, og at KN har en slags mentorrolle i den sammenheng. A1 var opptatt av at man måtte gi personene som skulle overta lederstillingene et godt støtteapparat:

Så det som er viktig i en bistandsrelasjon det er å ikke gå seg vill i nasjonalisering, men det er å styrke institusjonalisering, slik at neste gang sykehusstyret skal velge en ny leder så er det i og for seg ikke så farlig om det kommer en fra Sør-Afrika, Kenya, Pakistan eller Tanzania eller Brasil. (A1)

LaFond et al.,(2002) peker også på viktigheten av klare strukturer og tydelige roller for at driften av helseorganisasjoner skal være så effektiv som mulig. Dette virker å ha vært en viktig del av arbeidet før 2015. Som Olsen (1998) peker på henger «Localization» eller nasjonalisering sammen med bærekraft, men bare hvis organisasjonen klarer å fortsette de aktivitetene de har drevet. Nasjonaliseringen av sykehuset er den endringen som er mest tydelig utenfra. På bare 15 år har sykehuset gått fra en sentralisert ledelse under en norsk direktør, til å ikke ha en eneste nordmann i verken ledelsen eller i styret. Det at den tanzanianske direktøren ønsket en ekstern rådgiver kan tolkes som at dette støtteapparatet ikke var fullkomment, men rådgiveren var ikke ved sykehuset lenge. Ettersom sykehuset har klart å vedlikeholde tilbudet ser denne overgangen dermed ut til å være vellykket.

## 7 Oppsummering og avsluttende refleksjoner

Siden 1955 har Haydom Lutheran Hospital levert helsetjenester i et ruralt område i Tanzania. Sykehuset har også hatt en utvidet rolle i lokalsamfunnet, og siden oppstarten av sykehuset har Haydom gått fra å være et sted hvor «det var bare en hytte» (A5) til å være en «stor landsby» (A5), eller det lokalbefolkningen kaller en «booming city» (Enes, 2004, s. 234). Funnene mine peker på at HLH har vært en sentral agent i denne utviklingen. Det vil si at sykehuset har stått i en posisjon hvor de har vært mottakere og forvaltere av bistand. Og dette masterprosjektet har forsøkt å belyse noen sider ved både mottakeren og forvalteren HLH. Min første problemstilling har søkt å undersøke hvordan HLH har utøvd rollen som forvalter.

*På hvilke måter har Haydom Lutheran Hospital vært en utviklingsagent?*

For å svare på denne problemstillingen presenterte jeg historien til HLH og pekte på flere tydelige endringer sykehuset har vært ansvarlige for. HLH har sørget for utbygging av veier og broer for å nå befolkningen med mobilklinikkerne sine. De har også skaffet rent vann til landsbyen og de har blant annet startet en sykepleierskole. Disse eksemplene har hatt utgangspunkt i sykehusets behov, men har utvilsomt ført til fysiske endringer i området. Hvor mange kilometer med vei som har blitt bygd ut, hvor mange skoler som har blitt startet og hvor mange mennesker som har fått tilgang til vann er målbare resultater. At flere av disse endringene er utvikling i seg selv vil være naturlig å si, men de fører også til en videre utvikling av samfunnet.

Ved å ta utgangspunkt i ulike perspektiver innen bistands- og utviklings-teori blir det mulig å diskutere endringene og kommentere eventuell utvikling ut ifra ulike fokusområder. De tidlige utviklingsteoretikerne var opptatt av modernisering og økonomisk vekst. Datamaterialet mitt tyder på at landsbyen i dag står med en fot i det tradisjonelle og en fot i det moderne samfunnet. Sykehusets 600 ansatte har fast inntekt og dermed kjøpekraft. Med økt kjøpekraft i befolkningen har andre folket sett mulighetene for å åpne butikker, internettkafeer og verksteder. Sykehusets høye pasienttall tyder også på en generell aksept for moderne medisin og helsearbeid. I så måte ser Haydom ut til å oppfylle Nyereres ide om landsbyen som skulle ta vare på det tradisjonelle samtidig som det omfavnet det moderne.

På 90-tallet ble indeksen for menneskelig utvikling (HDI) introdusert og med den vokste det fram en ny tanke om utvikling. Begreper som «empowerment» og «bottom-up»-perspektiv fikk en plass i diskursen og fokuset ble rettet mot at det skulle legges til rette for at enkeltmennesket skulle få mulighetene til å forbedre sin egen situasjon. HLH sin innsats for å utvikle kompetanse hos lokalbefolkningen blir relevant i disse perspektivene. Gjennom sykepleierskolen, yrkesskolen og grunnskolene som har blitt startet i samarbeid med sykehuset gis befolkningen muligheter til å tilnærme seg kunnskap og kompetanse. Det ser også ut til at det har vært en gjennomgående tanke om at folket i området måtte bidra til selvhjelp, ved at de har fått oppdrag som å vedlikeholde brønner og bygge veier. Dette kan være viktig for ansvarliggjøringen av lokalbefolkningen og en økt eierskapsfølelse for den utviklingen som har funnet sted.

I dag er det overordnede målet for utviklingsarbeid og bistand bærekraft, og bærekraftsmålene er satt som en felles agenda for alle FN-nasjoner. Dermed vil oppnåelse av bærekraftsmålene kunne kobles direkte til dagens oppfatning av utvikling. Funnene mine tyder på at HLH spiller en viktig rolle for å oppnå flere av disse målene i området sykehuset operer i. Sykehuset leverer helsetjenester i et område med få andre helsetilbud og bidrar dermed til å oppnå bærekraftsmål 3. Sykehuset har også 600 ansatte og bidrar dermed med å oppnå mål nr. 8 anstendig arbeid og økonomisk vekst. Det er flere bærekraftsmål en kunne koblet opp mot sykehuset, og en kan derfor argumentere for at HLH er en relevant utviklingsagent også i dag.

Selv om sykehuset kan se ut til å være en relevant aktør for utvikling i et ruralt område diskuteres bistanden det får. Den diskusjonen har i stor grad vært basert på det som ser ut som et avhengighetsforhold til norske bistandsmidler. Dette er grunnlaget for min andre problemstilling.

*På hvilke måter arbeider Haydom Lutheran Hospital for å nå målet om å bli en bærekraftig helseorganisasjon, og hvilke barrierer står de overfor?*

Utgangspunktet for å svare på denne problemstillingen har vært Olsens (1998) analyseverktøy. Ved å ta utgangspunkt i hans begreper har jeg presentert og drøftet ulike aspekter ved driften av HLH. Jeg har belyst deler av gjennomført og pågående arbeid innen HLH sine kontekstuelle faktorer, sykehusets aktivitetsprofil og med den organisatoriske kapasiteten.

Om en helseorganisasjons kontekstuelle faktorer sier litteraturen at organisasjonen ikke har særlig påvirkningskraft, men at den må tilpasse seg disse. HLH har på tross av dette klart å påvirke sine kontekstuelle faktorer, ved å oppnå referansesykehusstatus i 2010 har sykehuset økt både tilgangen til økonomiske og menneskelige ressurser fra tanzanianske myndigheter. Funnene mine tyder på at tilgangen til helsepersonell har vært viktigere enn den økte statlige økonomiske støtten, ettersom økningen ikke har vært tilstrekkelig og tilskuddene fremdeles er uforutsigbare. HLH strever fremdeles med å tiltrekke seg tilstrekkelig høyt utdannet helsepersonell, men ettersom myndighetene utplasserer nyutdannede leger og referansestatus har plassert HLH høyere på prioriteringslisten er det flere tanzanianske leger ved sykehuset enn tidligere. Muligheten HLH har til å kvalifisere lokalbefolkningen gjennom utdanning ved sykepleierskolen er også viktig. Selv om det ikke øker tilgangen på leger utdannes sykepleiere, teknikere til medisinsk laboratorium og klinikere, og det utgjør en stor forskjell i et land som lider av knapp tilgang på helsepersonell. En stabssituasjon som i større grad lener seg på lokale og nasjonale menneskelige ressurser er et viktig steg mot bærekraft. Ettersom en situasjon hvor sykehuset er avhengig av utenlandsk ekspertise, er sårbar.

Datamaterialet mitt viser at HLH sin aktivitetsprofil inneholder et relativt stort tilbud som ser ut til å være av forholdsvis høy kvalitet. Det faktum at pasienttallene ved HLH øker kan også tyde på sykehusets tilbud treffer befolkningens behov. Sykehuset har hatt mange utvidelser gjennom årene og de fortsetter den dag i dag å utvide tilbudet, med et mål om en ny nyfødtavdeling. Så lenge pasientbelegget er 100% eller mer, som det historisk har vært ved HLH, kan slike utvidelser være en måte å gjøre seg mer relevante for tanzanianske myndigheter og alternative eksterne donorer/investorer, men det er ingen garanti. Forskningen som foregår ved sykehuset, er også en mulighet for å tiltrekke seg oppmerksomhet fra eventuelle interessenter for å diversifisere inntektsgrunnlaget.

Driften av HLH har sett stor endring siden 2005, året «Project Champion» Dr. Olsen gikk bort. Shediac-Rizkallah og Bone (1998) mener at slike skikkelser ofte etterlater seg store hull som er vanskelig å fylle. Representanten fra NLM sa det slik «Problemet er at det vokser så dårlig under store trær» (Enes, 2004, s. 174). Funnene mine kan tyde på at dette har vært tilfelle hva ledelsen ved HLH angår. Som A1 presiserer, var flere prosesser påbegynt allerede på 90-tallet for å organisere ledelse og styret ved HLH på en mer moderne måte, men at ingen ansatte ved sykehuset egentlig tenkte på framtiden da Dr. Olsen var der. Datamaterialet tyder dog på at

dette arbeidet har sett resultater de siste årene. På femten år har sykehuset gått fra å ha en norsk overlege og flere norske representanter i styre og ledelse til å ikke ha en eneste nordmann i verken ledelse eller styre. Sykehuset har også klart å opprettholde både størrelsen og kvaliteten på tilbudet sitt i denne overgangsperioden. Nyere strategiplaner fra sykehuset tyder også på at sykehuset har klarere planer for fremtiden og delmål som er målbare for å gjennomføre disse planene. Utover dette tillater ikke datamaterialet mitt meg å trekke fram konkrete endringer som har blitt gjort. Intervjuene med A1 og A2 peker på at det har blitt arbeidet mye med å styrke ledelsens kapasitet. Blant annet gjennom samarbeid med Diakonhjemmet og styrking av interne strukturer, de forteller at arbeidet har vært rettet mot en mer moderne ledelse både når det gjelder medisinsk og finansiell drift.

Ifølge mitt datamateriale kan det altså se ut som at HLH har tatt flere viktige steg mot bærekraftig drift innen de ulike kategoriene, men funnene peker også på noen mulige barrierer sykehuset fremdeles står overfor. Olsen (1998) kommenterer at man ikke skal sette økonomisk selvstendighet som et mål for en bærekraftig helseorganisasjon ettersom helseorganisasjoner ikke burde ha det som mål. Men trygg og forutsigbar finansiering er like vel en viktig forutsetning for bærekraftig drift.

Datamaterialet mitt kan tyde på at en av de største barrierene for HLH er finansieringen. Uforutsigbarheten i sykehusets inntektsgrunnlag kan se ut til å være en større utfordring enn mengde på midlene sykehuset mottar. Det er vanskelig å planlegge for fremtiden når en ikke vet på hvilket grunnlag en kan legge planene. Tanzanianske myndigheter leverer ikke alltid på løftene sine som A2 peker på og selv om norsk bistand muligens kan oppleves som bærekraftig vil også den ta slutt en gang. Det som også er problematisk med å lene seg på norsk støtte er avtaleperiodene, de er nå fireårige, og for å kunne planlegge for bærekraftig drift er ikke oversikt over de neste fire årene nok. Dermed blir arbeidet med å tilpasse en aktivitetsprofil til framtidige inntekter bortimot umulig. Det fører igjen til større organisatoriske krav for ressursmobilisering.

Det aller viktigste Olsen (1998) trekker fram for en helseorganisasjons bærekraft er at det er en balanse mellom de kontekstuelle faktorene, aktivitetsprofilen og den organisatoriske kapasiteten. Funnene mine kan tyde på at HLH verken har denne balansen eller arbeider aktivt mot å oppnå den. Stadige utvidelser av tilbudet på tross av uforutsigbar støtte, er ett eksempel

på dette. De stadige utvidelsene av sykehuset ser ut til å hovedsakelig bli finansiert av innsamlinger, det ferskeste eksemplet er nyfødtafdelingen de samler inn penger til nå. Det har vært maraton i Haydom og Haydoms Venner samler inn penger til prosjektet i Norge. Men en slik utvidelse bringer flere utgifter enn bare kostnadene ved utbyggelse og eventuelle planer for videre finansiering av det økte tilbudet har ikke dukket opp blant mine funn. Denne typen utvidelser har ført til høyere driftskostnader for sykehuset. I 2004 var de årlige utgiftene til HLH på ca 1,74 milliarder tzs mens i 2017 var utgiftene over 11 milliarder tzs (Mæstad & Mwisongo, 2009; Svanemyr & Mollel, 2018).

Selv om stabssituasjonen har bedret seg ser tilgang til kvalifisert helsepersonell også ut til å fremdeles være en barriere for sykehuset. Sykehuset strever fremdeles med nå nasjonale retningslinjer. Funnene min kan tyde på at det har å gjøre med sykehusets rurale plassering å gjøre. Selv om det kommer fram at HLH er et attraktivt sykehus å jobbe ved, forteller informantene at høyt utdannede personer sjeldent bosetter seg i Haydom. Tidligere forskning viser til at dette ikke bare er en utfordring for HLH, men generelt for ruralt plasserte sykehus. Det er derfor vanskelig å se hva HLH kan gjøre for å forbedre stabssituasjonen ytterligere.

## 7.1 Tanker om videre undersøkelser

Ettersom mitt prosjekt har blitt gjennomført fra Norge og bare har klart å nå et fåtall informanter, er det kritiske mangler for å kunne presentere ett helhetlig bilde av HLH og arbeidet mot bærekraftig drift. Ved eventuelle videre undersøkelser vil innsamling av data fra ansatte ved HLH, lokalbefolkningen og tanzanianske myndigheter kunne gi viktig informasjon.

For det første vil ett lengre feltarbeid og datainnsamling på HLH kunne gi et tydeligere bilde på hvordan kapasiteten i sykehusets ledelse og styre faktisk kommer til uttrykk. Da kan en få et klarere bilde av de endringene som faktisk har skjedd og ikke bare hva som jobbes med. Ledelsens oppfattelse av framtidige planer, kommunikasjon og ressursmobilisering vil utfylle en viktig mangel i denne analysen, men også de øvrige ansattes oppfattelse av HLH sin retning og interne kommunikasjon er viktig for den organisatoriske kapasiteten. Det er også viktig å påpeke at endringer skjer fort ved HLH og at et feltarbeid ved sykehuset gir mulighet for enda mer oppdatert informasjon enn det jeg har hatt tilgang til.



For det andre vil kontakt med lokalbefolkningen muligens gi et bedre grunnlag for å si noe om sykehusets rolle i området. Det kunne også ha gitt bedre svar på om sykehuset oppfyller befolkningens behov eller i hvilken grad de forsøker å gjøre det. Baserer HLH sitt tilbud på deres eget inntrykk av behovet eller er det kommunikasjon med lokalbefolkningen.

Til slutt hadde muligheten til dialog med tanzanianske helsemyndigheter potensielt gitt mer innsikt angående sykehusets framtid. Det kunne gitt mer innsikt i både utformingen av den nasjonale helseforsikringsordningen og hvorvidt HLH prioriteres i samme grad som landets offentlige sykehus.

## 8 Litteraturliste

- Adu-Gyamfi, S., Kuusaana, M. M., Darkwa, B. D. & Tomdi, L. (2020). The changing landscape of mission medicine and hospitals in Sub-Saharan Africa. *Christian Journal for Global Health*, 7(5), 65-81.
- Balsvik, R. R. (2016). *Norsk bistandshistorie*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Banik, D. (2006). *Poverty, Politics and Development*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ben-Eli, M. (2015). Sustainability: Definition and Five Core Principles. Hentet fra <http://www.sustainabilitylabs.org/assets/img/SL5CorePrinciples.pdf>
- Bull, B. (2006). Development Theory Revisited. I D. Banik (Red.), *Poverty, Politics and Development* (s. 28-52). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Cai, J., Zheng, Z., Hu, R., Pray, C. E. & Shao, Q. (2018). Has International Aid Promoted Economic Growth in Africa? . *African Development Review*, 30(3), 239-251. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1467-8268.12333>
- Den Norske Kirke. (2020). Diakoni - Kyrkja si omsorgsteneste. Hentet 13.04 2021 fra <https://kirken.no/diakoni>
- Enes, B. (2004). *Eventyret i Haydom. Haydom Lutheran Hospital 1955-2005* Fædrelandsvennen.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (bd. 2). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke AS.
- Flessa, S. (1998). The Costs of Hospital Services: A Case Study of Evangelical Lutheran Church Hospitals in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 13(4), 397-407. <https://doi.org/10.1093/heapol/13.4.397>
- Flessa, S. (2001). Sustainability and Meta-Stability of Health Care in Africa, The Example of the Hospital Services of the Evang. Luth. Church in Tanzania *Journal of Public Health*, 9(4), 349-363.
- Flessa, S. (2005). Why do Christians care? *Journal of Public Health*, 13(5), 236-247. <https://doi.org/10.1007/s10389-005-0119-9>
- Fløgstad, K. (2019). Haydom Marathon 2019 ble en suksess. Hentet fra <https://haydom.no/artikler/haydom-marathon-2019-ble-en-suksess/>
- FN-sambandet. (2020). Tanzania. Hentet 20.04 2021 fra <https://www.fn.no/Land/tanzania>

- Gill, Z. & Carlough, M. (2008). Do mission hospitals have a role in achieving Millennium Development Goal 5? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 102(2), 198-202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.04.003>
- GoT. (2015). Memorandum of understanding between Government of the Republic of Tanzania and Developmentpartners contributing to the health basket fund. Hentet fra [http://www.tzdp.org.tz/fileadmin/documents/dpg\\_internal/dpg\\_working\\_groups\\_clusters/cluster\\_2/health/Key\\_Sector\\_Documents/Induction\\_Pack/15-09-15\\_FINAL\\_Signed\\_HBF\\_MOU\\_2015-2020.pdf](http://www.tzdp.org.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Key_Sector_Documents/Induction_Pack/15-09-15_FINAL_Signed_HBF_MOU_2015-2020.pdf)
- Green, A., Shaw, J., Dimmock, F. & Conn, C. (2002). A shared mission? Changing relationships between government and church health services in Africa. *The International Journal of Health Planning and Management*, 17(4), 333-353. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hpm.685>
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige Metoder* (bd. 2). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke AS.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (bd. 5). Oslo: J.W. Cappelens Forlag as.
- Haydom Institute of Health Sciences. (2021). Who We Are. Hentet 13.04 2021 fra <http://hihs.ac.tz/index.php?id=2>
- HLH. (2008). *Annual Report* Mbulu District: Haydom Lutheran Hospital. Hentet fra <https://haydom.or.tz/assets/pdf/2008%20HLH%20Annual%20Report.pdf>
- HLH. (2013). *Annual report 2013*. Mbulu District: Haydom Lutheran Hospital. Hentet fra <https://haydom.or.tz/assets/pdf/2013%20HLH%20Annual%20Report.pdf>
- HLH. (2015). *Strategic Plan 2015-2019*, Haydom Lutheran Hospital. Hentet fra <https://haydom.or.tz/assets/pdf/2015.02.27-five-year-strategic-plan-HLH.pdf>
- HLH. (2017). *Vision, Motto & Values*. Hentet 18.04 2021 fra <https://haydom.or.tz/index.php?id=6>
- Holden, E., Linnerud, K. & Banister, D. (2017). The Imperatives of Sustainable Development. *Sustainable Development*, 25(3), 213-226. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/sd.1647>
- Hospital, H. L. (2017). *Welcome to Haydom Lutheran Hospital*. Hentet 2021 fra <https://haydom.or.tz/>
- Hunnestad, S. (1960). *Seier ved grensene* Lunde.

- Håskoll-Haugen, A. (2012). Landet du og jeg har gitt 25 mrd. kroner. *Bistandsaktuelt*(Issue). Hentet fra <https://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/nyheter---tidligere-ar/2012/landet-du--og-jeg-har-gitt-25-mrd.-kroner/>
- Ibhawoh, B. & Dibua, J. I. (2003). Deconstructing Ujamaa: The Legacy of Julius Nyerere in the Quest for Social and Economic Development in Africa. *African Journal of Politican Science*, 8(1), 25. Hentet fra [https://www.researchgate.net/profile/Bonny-Ibhawoh/publication/254744695\\_Deconstructing\\_Ujamaa\\_The\\_Legacy\\_of\\_Julius\\_Nyerere\\_in\\_the\\_Quest\\_for\\_Social\\_and\\_Economic\\_Development\\_in\\_Africa/links/55fbfaf408aec948c4afbcdb/Deconstructing-Ujamaa-The-Legacy-of-Julius-Nyerere-in-the-Quest-for-Social-and-Economic-Development-in-Africa.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Bonny-Ibhawoh/publication/254744695_Deconstructing_Ujamaa_The_Legacy_of_Julius_Nyerere_in_the_Quest_for_Social_and_Economic_Development_in_Africa/links/55fbfaf408aec948c4afbcdb/Deconstructing-Ujamaa-The-Legacy-of-Julius-Nyerere-in-the-Quest-for-Social-and-Economic-Development-in-Africa.pdf)
- ISCEJIC. (2018). *Make it Possible: How tax commitments can move Tanzania towards universal health coverage*. Interfaith Standing Committee on Economic Justice And Integrity of Creation. Hentet fra <https://www.kirkensnodhjelp.no/contentassets/eee95927f11a440281a902c8cd6b1c35/make-it-possible-rapport-final-final--2-print.pdf>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode* (bd. 4). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Jonassen, A. M. (2005). Tanzanias statsminister følger dr. Olsen til graven. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/2BJ2x/tanzanias-statsminister-foelger-dr-olsen-til-graven>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (bd. 3). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laerdal Global Health. (2021). om oss. Hentet 02.05 2021 fra <https://laerdal.com/no/about-us/lgh/>
- LaFond, A. K., Brown, L. & Macintyre, K. (2002). Mapping capacity in the health sector: a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 17(1), 3-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hpm.649>
- Lange, S. & Tilly, B. (2013). *Haydom Lutheran Hospital Midterm review of the Block Grant Support End review of the MDG 4 and 5 project support*. Christian Michelsen Institute. Hentet fra <https://www.cmi.no/publications/file/4887-haydom-lutheran-hospital.pdf>
- Makoye, K. (2021). Tanzanias president er død. *Bistandsaktuelt*(Issue). Hentet fra <https://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2021/tanzanias-president-john-magufuli-er-dod-blandede-reaksjoner/>

- Mensah, J. (2019). Sustainable development: Meaning, history, principles, pillars, and implications for human action: Literature review. *Cogent Social Sciences*, 5(1), 1653531. <https://doi.org/10.1080/23311886.2019.1653531>
- Ministry of Health. (2016). *Guideline for Regional Referral Hospital Advisory Board (RRHAB)*. Hentet fra [http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/dpg\\_internal/dpg\\_working\\_groups\\_clusters/cluster\\_2/health/Key\\_Sector\\_Documents/Tanzania\\_Key\\_Health\\_Documents/Ver\\_08\\_07\\_2016\\_RRHAB\\_-\\_JICA\\_BOOK.PDF](http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Key_Sector_Documents/Tanzania_Key_Health_Documents/Ver_08_07_2016_RRHAB_-_JICA_BOOK.PDF)
- Ministry of Health. (2019). *Mid Term Review of the Health Sector Strategic Plan IV 2015-2020*. Tanzania. Hentet fra [http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/dpg\\_internal/dpg\\_working\\_groups\\_clusters/cluster\\_2/health/JAHSR\\_2019/HSSP\\_IV\\_MTR\\_Main\\_Report.pdf](http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/JAHSR_2019/HSSP_IV_MTR_Main_Report.pdf)
- Ministry Of Health and Social Welfare. (2015). *Health Sector Strategic Plan July 2015 - June 2020*. Tanzania. Hentet fra [http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/dpg\\_internal/dpg\\_working\\_groups\\_clusters/cluster\\_2/health/Key\\_Sector\\_Documents/Induction\\_Pack/Final\\_HSSP\\_IV\\_Vs1.0\\_260815.pdf](http://www.tzdpg.or.tz/fileadmin/documents/dpg_internal/dpg_working_groups_clusters/cluster_2/health/Key_Sector_Documents/Induction_Pack/Final_HSSP_IV_Vs1.0_260815.pdf)
- Moyo, D. (2009). *Dead Aid*. London: Penguin Group.
- Myklebust, O. G. (1952). *Norsk håndbok for misjon 1952*. Oslo: Egede Instituttet.
- Mæstad, O. & Mwisongo, A. (2009). *Haydom Lutheran Hospital -Final Project Review*. Christian Michelsen Institute. Hentet fra <https://www.cmi.no/publications/file/3488-haydom-lutheran-hospital-final-project-review.pdf>
- Norad. (2015). FNs tusenårssmål. Hentet 08.03 2021 fra <https://www.norad.no/om-bistand/tusenarsmalene/>
- Norad. (2018). Norsk utviklingspolitikk. Hentet 18.03 2021 fra <https://www.norad.no/om-bistand/norsk-utviklingspolitikk/>
- NORAD. (2020a). Norsk bistand i tall. Hentet 09.03 2021 fra <https://www.norad.no/om-bistand/norsk-bistand-i-tall/?tab=geo>
- Norad. (2020b). Tanzania. Hentet 09.04 2021 fra <https://www.norad.no/landsider/afrika/tanzania/>
- Nustad, K. G. (2006). Foreign Aid and the Ideas of Development. I D. Banik (Red.), *Poverty, Politics and Development* (s. 230-249). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- OECD. (2005). *Paris Declaration on Aid Effectiveness*.
- Olsen, I. T. (1998). Sustainability of Health Care: a Framework for Analysis. *Health Policy and Planning*, 13(3), 287-295. <https://doi.org/10.1093/heapol/13.3.287>
- Pedersen, K. R. (1999). Utviklingshjelp. I R. J. H. K. R. Pedersen (Red.), *Fordeling og vekst i fattige land* (s. 127-144). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Purvis, B., Mao, Y. & Robinson, D. (2019). Three pillars of sustainability: in search of conceptual origins. *Sustainability Science*, 14(3), 681-695. <https://doi.org/10.1007/s11625-018-0627-5>
- Ramboll. (2021). Who we are. Hentet 02.05 2021 fra <https://ramboll.com/who-we-are>
- Regjeringen. (2020). FNs bærekraftsmål. Hentet 09.03 2021 fra [https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/sdg\\_oversikt/id2505654/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/sdg_oversikt/id2505654/)
- Reinikka, R. & Svensson, J. (2003). *Working for God? Evaluating Service Delivery of Religious Not-for-profit Health Care Providers in Uganda*. The World Bank. Hentet fra [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1327267](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1327267)
- Rodriguez, R., Svensson, G. & Wood, G. (2020). Assessing corporate planning of future sustainability initiatives in private healthcare organizations. *Evaluation and Program Planning*, 83, 101869. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2020.101869>
- Rønning, A. O. (2019). Ny statistikk: Global bistand flater ut. Hentet 13.01 2021 fra <https://www.bistandsaktuelt.no/nyheter/2019/global-bistand-flater-ut/>
- Sarriot, E., Ricca, J., Ryan, L., Basnet, J. & Arscott-Mills, S. (2009). Measuring sustainability as a programming tool for health sector investments: report from a pilot sustainability assessment in five Nepalese health districts. *Int J Health Plann Manage*, 24(4), 326-350. <https://doi.org/10.1002/hpm.1012>
- Selbervik, H. (1999). *Aid and Conditionality. The role of the bilateral donor: A case study of Norwegian-Tanzanian aid relationship*. Christian Michelsen Institut. Hentet fra <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/135189/UT-513%202011%20Master%20thesis%20Hlin%20Irene%20S.%20Grung.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Shediak-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research,

- practice and policy. *Health Education Research*, 13(1), 87-108.  
<https://doi.org/10.1093/her/13.1.87>
- Smukkestad, O. (2008). *Utvikling eller avvikling? En innføring i økonomisk og politisk utviklingsteori*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stiftelsen Haydoms Venner. (2019). Om Sykehuset. Hentet 04.05 2021 fra  
<https://haydom.no/om-sykehuset/>
- Svanemyr, J. & Mollel, H. A. (2018). *Evaluation of agreement between Norwegian Church Aid and Norad for financial support to Haydom Lutheran Hospital* Christian Michelsen Institute. Hentet fra  
<https://www.norad.no/globalassets/publikasjoner/publikasjoner-2018/ngo-evalueringer/evaluation-of-agreement-between-norwegian-church-aid-and-norad-for-financial-support-to-haydom-lutheran-hospital.pdf>
- TUBS. (2012). Tanzania, administrative divisions. I: Wikipedia. Hentet fra  
<https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=22620413>
- United Nations. (1973). *Report of the United Nations Conference on the Human Environment*. Innlegg presentert ved Conference on the Human Environment, Stocholm. Abstract hentet fra  
<http://undocs.org/en/A/CONF.48/14/Rev.1>
- United Nations General Assembly. (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development Hentet fra  
[https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)
- Wang, H. & Rosemberg, N. (2018). *Universal Health Coverage in Low-income Countries: Tanzania's Efforts to Overcome Barriers to Equitable Health Service Access* (Universal Health Coverage Study Series). Washington DC.
- WBG. (2021). Tanzania Overview. Hentet 20.04 2021 fra  
<https://www.worldbank.org/en/country/tanzania/overview>
- WHO. (2010). *Executive Summary, The World Health Report. Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage*. World Health Organization Hentet fra  
[https://www.who.int/whr/2010/10\\_summary\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf?ua=1)
- WHO. (2021). Health risks. Hentet 22.04 2021 fra  
<https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/air-quality-and-health/sectoral-interventions/health-care-activities/health-risks>
- World Bank. (2002). *Empowerment and poverty reduction A sourcebook*. Washington, DC: The World Bank.

World Commission on Environment and Development. (1987). *Our Common Future*. Hentet fra <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/5987our-common-future.pdf>

Aase, T. H. & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter: Kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforlaget.