

A Better Health For All?

Hvordan mistillit innvirket på helsereformen i
Zambia

-

Et casestudie fra Luangwa

Katrine Rognøy Olsson

Våren 2007

Cand. Polit. 1992

Hovedoppgave i Sosiologi

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi

Universitetet i Oslo

Oppgaven inneholder ca 36 000 ord

Sammendrag

Arbeidstittel: ”Hvordan mistillit innvirket på helsereformen i Zambia – Et casestudie fra Luangwa”

Problemstilling: ”Hvordan påvirket brukernes mistillit til det lokale offentlige helsetilbudet reformens mulighet for å nå sine målsettinger om bedret folkehelse Luangwa?”

Utgangspunkt:

Zambia gjennomførte en landsomfattende reform av helsesektoren på 90-tallet. Målet med reformen var å få et bedre helsetilbud nærmere folket, samt kostnads- og ressurseffektivisering av sektoren.

Måten dette skulle gjøres på var å etablere helsetilbud i lokalsamfunnene, alt fra en lokal helsepleier i smålandsbyene, til helsestasjoner i større landsbyer og et sykehus for hvert fylke. Tanken var at folk skulle i større grad benytte seg av det lokale lavkostnadstilbudet fremfor å henvende seg til sykehuset. For å få behandling ved sykehus krevdes også henvisning fra lokal helsestasjon. En lav egenandel ble også innført- lav nok til at folk skulle ha råd til det (var tanken).

Jeg gjennomførte tre måneders feltarbeid i Zambia og intervjuet representanter fra donororganisasjoner, helseministeriet, ansatte i helsesektoren og brukere på lokalt nivå. Tre uker av feltarbeidet bodde jeg på et lokalt sykehus.

Det som slo meg mest under gjennomføringen av feltarbeidet var mangelen på tillit til systemet, mistillit mellom samarbeidspartnere og mistillit til selve helsesektoren- både fra de ansatte og fra brukerne.

Årsakene til dette er mangedelt- alt fra tradisjonell religion og etablert bruk av naturmedisin, manglende økonomisk styring, nepotisme, maktmisbruk og korrupsjon og dårlig organisering.

Jeg har i denne oppgaven sett på reformens målsettinger- og hvorfor dette ikke fungerte som det skulle ut ifra et tillitsperspektiv. Hvordan kan mistillit stikke kjepper i hjulene for reformen?

Kap 1: Første kapittel er en innledning til oppgaven med presentasjon av problemstillingen og bakgrunnen for denne.

Kap 2: En gjennomgang av reformens struktur , bakgrunn og omkringliggende faktorer i Zambia på tidspunktet for feltarbeidet. Helsesektoren i Zambia før reformen var preget av ineffektivitet og sentralisert organisering. Helsetilbudet var vanskelig tilgjengelig for brukerne samtidig som selve innholdet i helsetjenestene var svært mangelfulle med tanke på kompetanse og tilgang på behandling og medisiner. I tillegg var selve sektoren preget av tungt byråkrati og ineffektiv forvaltning da alle tiltak- økonomiske og andre- ble forvaltet fra sentralt hold ved ministeriet i Lusaka.

Reformens målsetting var et mer brukertilpasset helsesystem hvor økonomi og forvaltning av denne skulle desentraliseres gjennom et trinnvis program. Videre skulle helsetjenester på lokalt nivå brukertilpasses ved økt tilgjengelighet og større grad av involvering av lokale ressurser. Internasjonale bistandsorganisasjoner var delaktige i prosessen med støtte til styring samt økonomiske bidrag, men hovedansvaret for gjennomføring og implementering av

reformen skulle ligge hos Zambias regjering og helseministeriet. Zambisk helsebudsjett var også hovedsakelig øremerket reformen.

På tidspunktet for mitt feltarbeid fra juni til september 1998 var Zambia preget av politisk uro og økonomisk vanstyre. Det var innført unntakstilstand i landet etter et mislykket kuppforsøk og Verdensbanken hadde avskåret Zambia fra sin kundeliste etter at store summer var brukt til andre formål enn intensjonen bak lånet skulle tilsi. Dette preget den økonomiske situasjonen gjennom inflasjon og manglede midler til gjennomføring av reformen. Samtidig var den politiske situasjonen betent, noe som kan ha innvirket på regjeringens og ministeriets handlekraft.

Kap 3. Metodekapittel.

En gjennomgang av feltarbeidets metodologiske sider. Intervjuer og observasjon var to hovedvirkemidler i innsamling av data. Hoveddelen av data brukt som grunnlag i denne oppgaven var innsamlet på lokalt nivå i Luangwaprovisen. Oppgaven er slik et casestudie avgrenset i tid og rom.

Kap 4: Teori. Definisjoner av tillit og betydning av tillit i samfunnsstrukturer. Tillitsteori og nyinstitusjonalistisk perspektiv står sentralt. Hovedvekt på Sztompkas tillitsteori om demokratiske institusjoner som velegnet for å danne tillitskulturer.

Kap. 5: Presentasjon av empiri fra Luangwaprovisen. Gjennomgang av hovedpunkter i mine funn som kan være faktorer for mistillit til reformen. Jeg har valgt to hovedinnfallsvinkler: Lokalbefolkningen, som er helsetjenestebrukerne, og de ansatte i helseomsorgen, som er tjenesteyterne og slik har direkte leveranseansvar både overfor bruker og i forhold til sentrale føringer for implementering og måloppnåelse i reformen. Hovedpunktene er: nærhet til tilbud, pris og kvalitet på tilbud, tradisjonell religion og medisin og stammetilhørighet, organisering og styringskanaler ved helsesektoren og reformarbeidet.

Kap 6: Drøfting av funn og konklusjon. Hovedbudskap er at tillit spiller en sentral rolle ved implementering av reformen, både på individ og strukturnivå. Årsakene til mistillit ligger forankret både på historisk, sosialt, politisk og strukturelt plan. Dette kan prege reformens resultatoppnåelse negativt. Samtidig kan reformen være et skritt i riktig retning for at tillit til det offentlige skal etableres.

Takk

Takk til alle gode venner for lykkeønsker i en hektisk tid.

Takk til familie for mas i flere år.

Takk til JP for korrekturlesing.

Jeg er glad i dere alle

Katrine

En takk går også til Trygve Gulbrandsen for oppmuntrende samtale høsten 06. Og sist, men ikke minst; Mette.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	15
1.1	Valg av hovedfelt.....	15
1.2	Bakgrunn for problemstillingen.....	16
1.3	Problemstilling og avklaringer.....	17
1.4	Avgrensinger.....	18
1.5	Innholdet i denne oppgaven.....	19
2.0	Reformens historie.....	21
2.1	Demografi og helsestatus.....	21
2.2	Økonomisk bakgrunn.....	22
2.3	Fattigdom.....	22
2.4	Zambisk helsesektor før 1991.....	23
2.5	Politisk maktskifte.....	25
2.6	Påvirkningsfaktorer i reformens struktur.....	26
2.7	Reformens helsesektorstruktur- målsettinger.....	28
	2.7.1 <i>Organisering av pasientbehandling</i>	28
	2.7.2 <i>Organisering av administrasjonen</i>	29
	2.7.3 <i>Delinkage</i>	33
2.8	Situasjonen i Zambia under feltarbeidet.....	33
	2.8.1 <i>Den økonomiske og politiske situasjonen</i>	34
	2.8.2 <i>Rammevilkår for reformen</i>	34
	2.8.3 <i>Misnøyen rundt delinkage</i>	35
	2.8.4 <i>Konsekvenser av delinkagestopp</i>	36
	2.8.5 <i>Situasjonen for brukerne</i>	38
2.9	Mitt utgangspunkt.....	39
3.0	Institusjoner og tillit: en teoretisk tilnærming.....	40
3.1	Stat, marked og samfunn i reformen.....	41
3.2	Institusjonalismen.....	42
	3.2.1 <i>Byråkratiets rolle</i>	43
	3.2.2 <i>Kontakt mellom stat og samfunn</i>	45
	3.2.3 <i>Fordeler ved statlig involvering</i>	46
	3.2.4 <i>Embedded autonomy</i>	47
	3.2.5 <i>Opprettholde og videreutvikle utvikling</i>	48

3.2.6	<i>Relative backwardness</i>	49
3.3	Nyinstitutionalismen.....	51
3.3.1	<i>Sosial kapital</i>	52
3.3.2	<i>Tillit i nyinstitutionalisme</i>	52
3.3.3	<i>Synergi</i>	53
3.3.4	<i>Oppsummering av institusjoners rolle i utvikling</i>	54
3.4	Tillit.....	55
3.4.1	<i>Definisjoner av tillit</i>	55
3.4.2	<i>Hvorfor tillit?</i>	56
3.4.3	<i>Hvordan sikre seg mot tillitsbrudd?</i>	58
3.4.4	<i>Formelle institusjoner og tillitsdannelse</i>	58
3.4.5	<i>Verktøy for analysen</i>	60
4.0	Metode	62
4.1	Feltarbeid i Lusaka.....	63
4.1.1	<i>Intervjuer</i>	63
4.1.2	<i>Portåpnere</i>	64
4.1.3	<i>Valg av respondenter</i>	65
4.1.4	<i>Motstand</i>	66
4.1.5	<i>Tillit</i>	66
4.1.6	<i>Båndopptaker</i>	67
4.1.7	<i>Dokumenter</i>	68
4.2	Feltarbeid på lokalt nivå.....	69
4.2.1	<i>Jeg- en spion?</i>	69
4.2.2	<i>Valg av tolk</i>	72
4.2.3	<i>Min tolk Jennifer</i>	73
4.2.4	<i>Valg av respondenter på lokalt nivå</i>	75
4.2.5	<i>Observasjon</i>	76
4.2.6	<i>Intervjumetoder</i>	77
4.2.7	<i>Gruppeintervju</i>	78
4.2.8	<i>Språkbruk</i>	79
4.3	Litt etikk.....	80
4.3.1	<i>Risiko for respondenter</i>	80
4.3.2	<i>Risiko for portåpnere</i>	82
4.3.3	<i>Egen risiko</i>	84

5.0	Om tillit i Luangwa.....	89
5.1	Litt om Luangwa.....	89
	5.1.1 <i>Sentrale spørsmål.....</i>	90
5.2	Lokalbefolkningens perspektiv.....	91
5.3	Nærhet til tilbud, kvalitet og pris.....	91
	5.3.1 <i>Lokalt kontaktpunkt (outpost).....</i>	91
	5.3.2 <i>Helsestasjonene.....</i>	92
	5.3.3 <i>Sykehuset.....</i>	95
5.4	Tradisjonell religion, ritualer og lokale skikker.....	97
	5.4.1 <i>Ritualer.....</i>	98
	5.4.2 <i>Renselsesrituale for enker: "Machawe".....</i>	99
	5.4.3 <i>Overgangsrite fra barn til kvinne: "The Dance".....</i>	99
	5.4.4 <i>Jomfruers helbredende kraft.....</i>	100
	5.4.5 <i>Lokale skikker.....</i>	101
	5.4.6 <i>Onde ånder.....</i>	101
	5.4.7 <i>Hekser, trollmenn og heksedoktorer.....</i>	102
5.5	Tradisjonell medisin.....	103
5.6	Stammetilhørighet.....	105
5.7	Andre funn: forhold til hverandre og andre.....	108
5.8	Oppsummering.....	109
6.0	A better health for all?.....	111
6.1	Noen innledende spørsmål.....	111
6.2	Foreligger mistillit?.....	111
6.3	Hvordan har de formelle institusjonene sviktet?.....	114
6.4	Spiller svikt i institusjonell kapasitet noen rolle i Luangwa?.....	116
6.5	Finnes det trekk som tyder på mistillitskultur i Luangwa?.....	117
6.6	Konsekvensene av mistillit på målet om bedre helse for alle.....	120
6.7	Avsluttende betraktninger.....	122
	Litteraturliste.....	125

Anvendte forkortelser

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CBoH	Central Board of Health
DBH	District Health Board
DHMT	District Health Management Team
DANIDA	Danish Agency for International Development
HCC	Health Centre Committee
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MMD	Movement for Multiparty Democracy
MoH	Ministry of Health
NORAD	Norwegian Agency for International Development
SIDA	Swedish International Development Programme
SIP	Sector Investment Programme
TB	Tuberculosis
UNICEF	United Nations Children`s Fund
UNIP	United National Independence Party
WHO	World Health Organization

1.0 INNLEDNING

1.1 Valg av hovedfelt

Zambia gjennomførte en landsomfattende reform av helsesektoren på 90-tallet. Målet med reformen var å øke levestandarden blant befolkningen gjennom et bedre helsetilbud nærmere folket, samt kostnads- og ressurseffektivisering av sektoren for bærekraftig utvikling. Slagordet var ”A Better Health for All”.

Måten dette skulle gjøres på var en omfordeling av ressurser fra sentralt til lokalt nivå ved å etablere et velfungerende helsetilbud i distriktene. Dette var et ledd i en større omorganisering av offentlig forvaltning myntet på å skape gode demokratiseringsprosesser og et effektivt og godt offentlig tjenestetilbud i alle sektorer. Helsesektoren ble tidlig definert som et hovedsatsingsområde grunnet den prekære mangelen på helsetjenester lokalt og en økende bekymring rundt befolkningens helsetilstand. Helsereformen ble derfor initiert i 1991 og praktisk implementert fra 1993.

Planene fordret et bredt samarbeid mellom mange parter, og jeg vil i denne oppgaven se på hvordan befolkningens tillit til institusjoner påvirket reformens mulighet til å nå sine mål.

Selve reformen virket interessant i studieøyemed da den hadde flere særtrekk som skilte den fra annet bistandsarbeid på samme tid. Først og fremst var strukturen nyskapende ved at reformen tok sikte på å omorganisere hele helsesektoren. Dette la føringer på organisering av arbeidet med samarbeidspartnere som donorer/bistandsorganisasjoner og Verdensbankens sektorinvesteringsprogram (SIP) ble benyttet som grunnlag. Dette hadde ikke blitt gjennomført tidligere og reformen vakte derfor interesse i internasjonale bistandsmiljø.

Strukturen la også opp til at ressurser (finansielle og andre) benyttes etter definerte behov i sektoren, og ikke etter enkeltstående bistandsprosjekt definert av giver, noe som tidligere var hovedtrenden.

For det andre var Zambias regjering i førersetet fra starten. Det var de som initierte samarbeid med donorer og hadde også utarbeidet rammene for reformen.

Dette grepet var interessant all den tid bistandsprosjekter ofte bærer preg av en motsatt tilnærming hvor donorer setter premisser som mottakerland pålegges å følge. Ved å snu denne situasjonen ville muligheter for en bærekraftig reform som Zambia på sikt selv skulle finansiere økes. Dette fordi ansvaret var forankret hos Zambia fra starten.

På et personlig plan vakte reformen min interesse fordi min far hadde en sentral rolle i reformarbeidet i perioden 1994-1997 på oppdrag fra DANIDA (Danish International Development Agency). DANIDA var en av flere viktige samarbeidspartnere i reformen, sammen med bl.a. Verdensbanken, WHO og SIDA. I tillegg har jeg selv bodd i Zambia og Tanzania i til sammen 6 år og kjente derfor både kulturen og området. Dette kunne forenkle deler av et feltarbeid ved at jeg allerede hadde adgang til feltet gjennom min far, samtidig som jeg hadde noe bakgrunnskunnskap om feltet. I tillegg ga det meg mulighet til å vende tilbake til gamle trakter.

Samlet sett førte disse faktorene til at jeg valgte helsereformen som utgangspunkt for hovedoppgaven i sosiologi.

1.2 Bakgrunn for problemstilling

Da jeg ankom Zambia måtte jeg forkaste min opprinnelige problemstilling grunnet situasjonen i landet (drøftes kort under). Min problemstilling sprang derfor ut av tendenser jeg fant under feltarbeidet.

Reformen kan ses som regjeringens verktøy i målsettingen om en bedring av folkehelsen. Et velfungerende helsetjenestetilbud tilpasset lokale behov og som befolkningen benyttet var virkemiddelet for å nå dette målet. Reformen favnet om alle samfunnsnivå og fordret et godt samarbeid mellom disse for en vellykket implementering. Reformen var også et viktig ledd i regjeringens plan om styrkning av demokratiske prosesser blant folket og i offentlige institusjoner, og var designet etter tre prinsipper: "Leadership, partnership and transparency". Gjennom ansvarsdelegering, samarbeid mellom deltakergrupper i reformen samt styrking av institusjonell kapasitet skulle målet oppnås. Men var det nødvendige tillitsgrunnlaget for dette på plass?

Jeg gjennomførte tre måneders feltarbeid i Zambia og intervjuet representanter fra donororganisasjoner, helseministeriet, ansatte i helsesektoren og brukere på lokalt nivå. Tre uker av feltarbeidet bodde jeg på et lokalt sykehus.

Det som slo meg mest under gjennomføringen av feltarbeidet var mangelen på tillit til systemet, mistillit mellom samarbeidspartnere og mistillit til selve helsesektoren- både fra de ansatte og fra brukerne.

Funnene som interesserte meg mest fant jeg under mitt opphold i Luangwa distriktet, hvor jeg hadde nær kontakt med lokalbefolkning og helsetjenestepersonell. Jeg har derfor definert oppgaven som et casestudie fra dette området.

1.3 Problemstilling og avklaringer

En overordnet problemstilling blir derfor: ”Hvordan virket mistillit til formelle institusjoner inn på den Zambiske helsereformens sentrale målsetting om bedret folkehelse?”

All den tid denne oppgaven er et casestudie (se under) vil følgende være den faktiske problemstillingen jeg vil forsøke å besvare i denne oppgaven:

”Hvordan påvirket brukernes mistillit til det lokale offentlige helsetilbudet reformens mulighet for å nå sine målsettinger om bedret folkehelse Luangwa?”

For å operasjonalisere dette vil jeg vurdere ”bedret folkehelse” ut fra to faktorer:

1. Helseindikatorer på barnedødelighet, HIV/AIDS og forventet levealder.
2. Brukeres tillit til det lokale helsetjenestetilbudet. Jeg legger her følgende påstand til grunn: Helsetjenestetilbudet er viktig for behandling og forebygging av sykdom. Behandling og sykdomsforebyggende tiltak som helseinformasjon inngår i dette tilbudet. En bedret folkehelse har derfor direkte sammenheng med folks tillit til og dermed bruk av dette tilbudet)

Med ”det lokale offentlige helsetilbudet” menes primært lokale helsetjenester, dvs. helsestasjoner og sykehus, og de ansatte der.

For å belyse den ovennevnte problemstillingen har jeg også stilt følgende spørsmål:

”Hvilke faktorer innvirket på brukernes mistillit til det lokale offentlige helsetilbudet i Luangwa?”.

Dette vil ses via to hovedinnfallsvinkler:

1. Brukernes forhold til helsestasjoner og sykehus

2. Ansattes forhold til reformimplementeringen. Med reformimplementering menes de ansvarlige for praktisk implementering av reformen, da disse gir de ansatte grunnlaget for utøving av daglig virke.

1.4 Avgrensinger:

I mitt forsøk på å belyse problemstillingen har jeg valgt å legge fokus på to hovedgrupper: brukere av helsetjenester og førstelinjeansatte i helsesektoren, dvs mottakere og utøvere av helsetjenester.

Jeg har definert ”brukere av helsetjenester” som lokalbefolkning som ikke er ansatt i helsesektoren.

”Førstelinjeansatte i helsesektoren” har jeg definert som helsepersonell ansatt ved helsestasjoner og sykehus som har direkte kontakt med pasienter.

Det er brukerperspektivet som er førende for oppgaven, og de ansattes perspektiv benyttes som utfyllende forklaring og for å vurdere validiteten i brukerperspektivet. Med denne avgrensningen utelater jeg overordnede systemutøvere - de som har overordnet administrativt og politisk ansvar for reformimplementeringen. Mitt hovedfokus ligger på mennesker som hadde begrenset mulighet for innvirkning på reformens strategier - og slik er underlagt resultatet av andres valg ved politisk styring.

Det er også disse to gruppene som føler reformen på kroppen og som reformens målsettinger i praksis er rettet mot.

Oppgaven beskriver et case, avgrenset i tid og rom. Kort forklart bunner dette valget i at den politiske og økonomiske situasjonen i Zambia på tidspunktet for mitt feltarbeid var preget av stor uro, noe jeg beskriver nærmere i kapittel 2. Denne situasjonen påvirket i høy grad rammene rundt reformimplementeringen og helsetjenestetilbudet i landet og skilte seg vesentlig fra tidligere forhold i reformsammenheng. Resultatene av feltarbeidet må ses i lys av denne situasjonen og gyldigheten avgrenses derfor i tid til perioden juni-september 1998.

Jeg har også valgt å legge hovedvekt på funn fra lokalnivå (Luangwadistriktet), og problemstillingen belyses hovedsakelig med grunnlag i data fra dette området. Samtidig vil jeg skjele til data innhentet på sentralt nivå i Zambias hovedstad Lusaka, da dette er viktig bakgrunnsmateriale for å belyse relevante aspekter ved reformen.

Selve reformen har jeg i hovedsak valgt å forholde meg beskrivende til, da denne danner viktige rammer rundt situasjonene utøvere og mottakere befant seg i. Jeg ser reformen som et verktøy i regjeringens målsetting om bedring av folkehelsen og økt demokratisering, med styrking av formelle institusjoner et godt helsetilbud til folket som veien for å nå målet. Slik blir befolkningens forhold til helsetjenestene lokalt viktig, da det er avgjørende for hvorvidt sykdomsforebyggende tiltak er vellykket eller ikke. Brukernes holdninger har også nær sammenheng med kvaliteten på helsetjenester. Sentralt her står de ansattes mulighet til å bistå folk i tråd med befolkningens forventninger.

1.5 Innholdet i denne oppgaven:

Reformens budskap om et velfungerende tilbud lokalt påvirket folks forventninger, men ble disse innfridd? Og hvordan påvirket dette tillitsrelasjoner til helsetjenestetilbudet blant brukere?

Slik danner reformen en sentral føring for situasjonen i Luangwa og er en viktig ramme for å belyse min problemstilling. Jeg vil derfor beskrive reformens bakgrunn, målsetting og struktur nærmere i kapittel 2.

I kapittel 3 vil jeg gå nærmere inn på teoretiske avklaringer. Min påstand er at tillit til reformen kan i praksis oversettes som tillit til helsetjenestetilbudet. Tillit til institusjonene som skal tilby tjenesten står derfor sentralt. I kapittel tre vil jeg drøfte teoretisk tilnærming i lys av dette. Jeg har valgt å benytte institusjonalistisk og nyinstitusjonalistisk teori som innfallsvinkel for å beskrive betydning av offentlige institusjoners rolle i utviklingsperspektiv og hvorfor tillit til institusjoner er viktig.

Hovedargumentet i institusjonalistisk teori er at formelle institusjoner har en sentral rolle i utviklingssamfunn. Dette fordi deres kapasitet overstiger privat kapasitet, både med hensyn til organisering, initiering og finansiering av utvikling, men like viktig til forsterking av positive trender og oppbygging av videre utvikling og distribuering av goder i samfunnet for å skape en plattform for bærekraftig utvikling.

Nyinstitusjonalisme bygger videre på dette ved å introdusere uformelle institusjoner og forholdet mellom disse og formelle institusjoner. Tesen er at selv i de mest sofistikerte formelle strukturer er det individer som opererer. Suksess avhenger derfor ikke bare av økonomiske investeringer i en sektor, men også av hvordan individene i sektoren samarbeider. Formen på dette samarbeidet er nært knyttet til sosialkapital som forenkler muligheten til å gjennomføre ulike former for kollektiv handling gjennom sterke normer, resiprositet og gjensidig tillit. Tillit er et sentralt begrep i denne sammenheng, som de andre begrepene bygger opp under. Teori og begrepsavklaringer i forhold til tillit vil derfor også presenteres her..

Siden oppgaven er basert på data fra feltarbeidet har jeg viet en stor del til en diskusjon rundt problemstillinger fra felten i kapittel fire. Her vil også benyttede metodologiske tilnærminger drøftes.

I femte kapittel følger en presentasjon av funn fra casestudiet Luangwa, som vil drøftes og analyseres avslutningsvis i sjette kapittel.

2.0 REFORMENS HISTORIE

Republikken Zambia initierte i 1991 en reform i helsesektoren i samarbeid med flere store internasjonale donorer, deriblant SIDA, DANIDA og Verdensbanken. Prosjektet virket interessant fordi reformen innebar ulike elementer av nytenkning innen bistandsarbeid. Et av disse var at den Zambiske regjering selv tok initiativ til reformen og samarbeid med de ulike partene. Et annet var helhetstenkningen rundt reformen: Pengene som både den Zambiske regjering og samarbeidspartene bidro med ble benyttet ut i fra hele helsesektorens – og reformens behov, og ikke øremerket til enkeltstående prosjekter slik det har vært vanlig å gjøre tidligere.

Jeg mener dette representerer en holdning til mottakerlandet som innebærer høy grad av likestilling mellom mottaker og bidragsyter, samt en bredere og kanskje mer effektiv tilnærming til anvendelse av økonomiske ressurser i et sektorbistandsperspektiv. Likevel viste reformen seg vanskelig å implementere, og det var tilnærmet krisestemming da jeg var i landet. Dette har nær sammenheng med historiske, sosiale, politiske og økonomiske faktorer.

I dette kapitlet vil jeg si litt om bakgrunnen for reformen i lys av de overnevnte faktorer og om situasjonen for reformen på tidspunktet juni-september 1998, som er rammen rundt dette case studiet. Dette er også utgangspunktet for min problemstilling: Hvordan mistillit påvirket reformens målsettinger i Luangwa.

2.1 Demografi og helsestatus

Zambia har et areal på 752,600 kvadratkilometer og en befolkning på 10 174 000 (1995). Tall fra 1990 viser også at nærmere 75% av befolkningen består av kvinner i fruktbar alder (15-49) og barn. Videre viser tall fra 1990 en fødselsrate på 48,7/1000 og en naturlig årlig befolkningsvekst på 3,2%.. Videre er 58% av befolkningen bosatt på landsbygda, 42% i byene. (National Health Policies and Strategies, Republic of Zambia, Ministry of Health, 1991)

2.2 Økonomisk bakgrunn

Etter frigjøringen fra engelsk kolonistyre i 1964 var Zambia et av de mest økonomisk fremgangsrike land i det sørlige Afrika. Økonomien var i all hovedsak basert på gruvedrift hvorav kobber var landets hovedinntektskilde.

På 70-tallet ble Zambias økonomi hardt rammet av det første oljesjokket og nedgangen i kobberpris på verdensmarkedet. Den daværende regjering ledet av president Kenneth Kaunda førte en økonomisk politisk linje som overså potensialet Zambia hadde som landbruksnasjon. Dette hemmet arbeidsveksten og inntektsøkning i landet. Den økonomiske situasjonen forverret seg ytterligere ved at en rekke reformer som ble forsøkt implementert for å snu den økonomiske utviklingen verken ble systematisk gjennomført eller opprettholdt. Arbeidsløshet økte i urbane områder og på landsbygda ble grunnlaget for handel forverret.

Regjeringen forsøkte å dempe virkningen av eksterne negative økonomiske faktorer ved å subsidiere maisprisene - en av de viktigste matkildene i Zambia. Disse subsidiene ble finansiert gjennom utenlandske lån. Utdannings- og helsenivået blant befolkningen sank og regjeringen kunne ikke imøtekomme det økende kravet om gratis sosiale tjenester. Zambias sårbarhet økte i takt med den dalende økonomien og grunnlaget for det urbane arbeidsmarkedet krympet. Fattigdomsproblematikken i Zambia er slik ikke et nytt fenomen, men noe som har bygget seg opp over en årrekke med mangelfulle tiltak og dårlig politisk økonomisk styring. (Kalunda 1997)

2.3 Fattigdom

Tall fra 1991 viser at Zambias BNP pr capita var på 250 USD, noe som plasserer Zambia blant de fattigste land i verden. Fattigdommen er stor både på landsbygda og i byene og tall fra Verdensbanken (1994) viser at 69% av den Zambiske befolkningen lever under den internasjonale fattigdomsgrensen (Poverty Datum line). Fattigdommen på landsbygda ble vurdert som langt mer dyptgripende og alvorlig enn urban fattigdom, og fattigdommen var størst blant befolkningen i avsidesliggende områder og i husholdninger med kvinnelig overhode.

Effektene av fattigdom, både på landsbygda og i byene, blir omtalt som en ond sirkel i Verdensbankens studie fra 1994. De fattiges levevilkår er negativ påvirket av under – og feilernæring, dårlig helse og lavt utdanningsnivå. Innhøstingssesongen for jordbruksprodukter er den tiden på året som er mest arbeidskrevende. Forut for denne sesongen ligger sultperioden, som igjen etterfølger årstiden med høyest antall dødsfall grunnet malaria o.a. Denne uheldige kronologiske rekkefølgen gir en ond sirkel der sykdom og under/feilernæring reduserer produktiviteten, noe som igjen reduserer produksjonsutbytte, slik at familier tvinges til å jobbe på egne åkerlapper i stedet for kunne ta lønnet arbeid på kommersielle farmer i perioden med høyest behov for arbeidskraft. (Freund og Kalumba, 1986)

Dette kan sies å føre til en lavere økonomisk turnover på nasjonalt nivå. Samtidig vanskeliggjør det den økonomiske situasjonen for fattige i Zambia ved at de må prioritere jordbruk til eget konsum fremfor lønnet arbeid. Lønnet arbeid kunne hevet både utdannings og helsnivå blant befolkningen da begge disse tjenestene må betales for. Utdanning, helse og økonomi er trolig interrelatert på den måten at høyere utdanningsnivå fører til bedre ivaretagelse av egen helse/ forebygging av sykdommer grunnet større mulighet til å motta informasjon som gir høyere kunnskapsnivå. Samtidig kan bedre helse og høyere utdanningsnivå virke fremmende på økonomien ved at det blir lettere å skaffe seg lønnet arbeid. Å snu fattigdomsspiralen fra negativ vil positiv er krever år med innsats og fokus på alle samfunnsnivå i land preget av fattigdom, deriblant Zambia.

2.4 Zambisk helsesektor før 1991

Den økonomiske nedgangen i Zambia førte til at helse indikatorene forverret seg. Ved sammenligning av tall i 1980 og 1990 økte antallet registrerte tuberkulose tilfeller fra 5342 til 16838, andelen registrerte undervektige økte fra 6,1% til 23%. Registrerte AIDS tilfeller er det vanskelig å måle da dette ikke ble registrert i 1980, men i 1990 var det totale offisielle antallet 4262. (Health Information Unit, Ministry of Health, Lusaka). Barnedødelighet var på 13,2 pr 1000 fødsler i 1990. Tall fra samme år viser en forventet levealder for kvinner på 57,5 og 55,4 år for menn. (National Health

Policies and Strategies, Republic of Zambia, Ministry of Health, 1991) I denne oppgaven vil jeg benytte disse helseindikatorene for å måle hvorvidt reformen førte til endring av helsesituasjonen i landet.

Selve helsetilbudet ble sterkt svekket grunnet manglende økonomiske ressurser. Det offentlige rurale helsetilbudets infrastruktur ble ikke vedlikeholdt med det resultat at helseklinikker blant annet manglet essensielle goder som vann og sanitære fasiliteter. Lønnsbetingelsene og andre incentiver overfor personalet var utilstrekkelige og om lag en tredjedel av det Zambiske helsepersonell søkte seg arbeid i utlandet.. Samtidig fortsatte den Zambiske regjering å kjøpe inn ekstern kompetanse i kraft av utenlandske eksperter. Kompetansekvaliteten på zambisk helsepersonell i Zambia var sterkt varierende. Mange geografiske områder var dessuten underbemannet grunnet manglende innkvartering for de ansatte. Mangelen på medisinsk utstyr var prekær og transportmuligheter var dårlige, med unntak av områder som hadde mottatt direkte vertikal hjelp fra eksterne bistands- og donororganisasjoner (opplysninger fra intervju med representant fra helseministeriet).

Et tidlig forsøk på å bedre helsesituasjonen i landet fant sted i 1985 med regjeringsvedtaket ”Medical Services Act” hvor regjeringen innså at direkte styre av sykehusene fra sentralt hold i ministeriet var ineffektiv. Sykehusene trengte å opprettholde kapasitet nok til å blant annet generere inntekter fra brukerne og regjeringen gikk for første gang bort fra den dominerende tanken om et gratis helsetilbud. Videre innebar planen at sykehusene skulle få økt autonomi ved at egne styrever ble opprettet ved sykehusene (MoH, 1991).

Likevel ble dette kun gjennomført ved universitetssykehuset i Lusaka. Manglende vilje og/eller evne til å gjennomføre resulterte i at implementeringen ble inkonsekvent og ustrukturert, og hadde liten effekt mht forbedring av helsesystemet.

Mens sentrale sykehus begynte sitt forfall på 80 tallet hadde helsetilbudet på landsbygda vært preget av nedgang siden midten av 70 tallet. (Kalumba, 1997). En av de største utfordringene i den nye helsereformen som startet i 1991 ble derfor å rette opp situasjonen i rurale strøk.

2.5 Politisk maktskifte

Partiet UNIP, med president Kenneth Kaunda i spissen, hadde sittet ved makten siden Zambisk frigjøring i 1964. Politikken var sosialistisk og alle offentlige tjenester var gratis. Kaundas ett-parti regime kan karakteriseres som udemokratisk og diktatorisk, og politiske opposisjonspartier var forbudt ved lov frem til 1990. Ved lovendring ble partiet Movement for Multi Party Democracy (MMD) etablert og partiet posisjonerte seg raskt som en stor utfordrer og et reelt alternativ til Kaundas regime.

Sentralt i kampen for et flerparti system var målsettingen om et demokratisk styresett i landet. Selv om lovendring åpnet for flere politiske partier hadde grunnloven fremdeles store svakheter i et demokratisk perspektiv. Den ble derfor utsatt for hard kritikk fra MMD som argumenterte med at grunnloven ga for mye makt til presidenten og på den måten hindret utviklingen av demokratiske prosesser og institusjoner i Zambia. Som resultat ble en revisjon av grunnloven ble tvunget frem og UNIP regjeringen oppnevnte "the Constitutional Review Commission of 1991".

En av MMDs hovedkritikk var rettet mot en klausul i grunnloven som ga presidenten fullmakt til å forby politiske partier, og regjeringen slettet derfor denne klausulen. Til tross for dette, samt andre viktige grunnlovsendringer, opprettholds MMD sin kritikk mot grunnloven i sin helhet, og MMD lederen Frederic Chiluba ga løfte om en full gjennomgang av loven dersom kom i regjering. Dette for å sikre at *"parliament shall be above all other state organs in the country"* (Momba, 1996:32). Da det første demokratiske flerpartivalg ble avholdt i 1991 vant MMD og Frederic Chiluba en overlegen seier og dannet regjering med Chiluba som ny president. Ved tiltredelse gjentok Chiluba partiets demokratiske handlingsplan:

"Our priority is to build and strengthen the institutions which are at the core of good governance to ensure that the people exercise the role of checking the use or abuse of power effectively." (Momba, 1996: 34)

Med dette forpliktet MMD seg til å iverksette store reformer mht politiske, rettslige og andre sentrale institusjoner for å gi disse mulighet til å fungere som verktøy i landets

demokratiseringsprosess. Som resultat ble flere reformer i offentlig sektor iverksatt, deriblant helsesektorreformen. Samtidig tilla MMD ved Chiluba folket den egenskap at de hadde evne og vilje til å kontrollere offentlig forvaltning. Denne egenskapen er avgjørende for demokratiseringen av Zambiske institusjoner og forutsetter et visst nivå av kompetanse, men ikke minst tillit til at man blir hørt ved innsigelser. Jeg vil derfor se nærmere på tillitsaspektet i relasjon til helsereformen i denne oppgaven.

2.6 Påvirkningsfaktorer i reformens struktur

Zambias helsereform ble som nevnt startet i 1991. Reformen omfattet hele helsesektoren og ble implementert på landsbasis. Førende for reformen var prinsippene om demokratisering og ansvarsdelegering, effektivisering og økonomisk bærekraftighet, gjennom hovedmålene ”leadership, partnership and transparency” (MoH, 1991). Dette grunnlaget kom hovedsaklig av tre hovedinnvirkninger.

Det ene var valget som fant sted i 1991: For første gang i Zambias historie ble flerparti valg lovlig, og demokratiske prinsipper stod sterkt for de ulike deltakerne i valget. Partiet Movement for Multiparty Democracy (MMD) vant valget, og den nye presidenten Frederic Chiluba lovet ved "kroningstalen" at demokratiske reformer skulle gjennomføres, nettopp for å hindre at Zambia igjen skulle bli rammet av diktatoriske regjeringsformer. Sentralt her var ideen om ”transparency”, dvs etterprøvbarhet og innsyn i politisk styre, deriblant offentlige institusjoner. Reformene tok særlig sikte på grunnloven og andre viktige parlamentariske instanser, men omfattet også offentlig sektor. Helsereformen ble designet slik at makt og ansvar skulle delegeres fra det tidligere sterkt sentraliserte systemet til et desentralisert system der distriktene skulle overta mye ansvar og beslutningsmyndighet. Grasrotdeltakelse var også sterkt profilert, både for å involvere innbyggerne som bidragsyttere i form av egenandeler og dugnader, men også med tanke på helseforebyggende tiltak. Tanken var at om innbyggerne ble delaktige i sitt lokale helsevesens ve og vel ville dette øke tilliten til helsearbeiderne og samtidig virke som en positiv faktor i det å informere innbyggerne om sykdomsforebyggende tiltak. Egenandeler skulle også motivere innbyggerne til i større grad ta ansvar for egen helse.

Den andre faktoren som spilte en sentral rolle i reformens design var finansiering. Verdensbanken hadde konstruert ideen om sektortilnærmet bistand, og Zambia trengte penger for å gjennomføre reformen og bedre det dårlige helsetilbudet i landet. Zambias nye regjering så nok derfor potensialet i å legge reformen opp etter sektorbistandsprinsippet for slik å sikre seg støtte fra Verdensbanken., samtidig som det ga reformen internasjonalt fokus og vekket interesse fra mange andre donorer da sektorprogrammet ikke var prøvd ut tidligere. Verdensbankens store mål er fattigdomsbekjempelse med særlig vekt på rural fattigdomsbekjempelse. Dette bidro nok også til at reformens hovedfokus var rettet mot helsestasjoner som primær helsetjeneste instans, med påfølgende storskala opprusting av dette tilbudet i rurale områder. Samtidig er demokratiske prinsipper sentralt i verdensbankens program- bl.a. ansvarsdelegering og grasrot deltakelse. Dette er også sterkt representert i reformens overordnede målsettinger. Verdensbankens fattigdomsbekjempelses program vektlegger også bærekraftig utvikling ved at nasjonen som mottar støtte på sikt skal kunne drive utviklingen med egne ressurser. Dette gjelder både menneskelige og økonomiske ressurser. Zambias helsereform la derfor hovedfokus på primærhelsetjeneste nær bruker, fremfor avansert og kostbar høyteknologisk medisin ved de sentralt lokaliserte sykehusene. Målet var at en opprusting av primær mottaket for syke og pleietrengende ville redusere presset på sykehus og slik redusere driftskostnader i helsesektoren generelt, da det ble antatt at primærmottak var billigere i drift enn sentrale sykehus.

Zambias anhengighet av finansiell støtte var ikke uproblematisk. *”There were observers who pointed out that Zambias reforms stood the danger of being ”hijacked” by donors such as the World Bank”* (Kalumba 1997:19) Lokalt eierskap ble derfor avgjørende og den Zambiske regjeringen forpliktet seg til å dekke om lag 60% av helsesektorbudsjettet med egne midler. Ironien ligger i at store deler av denne andelen var finansiert med verdensbanklån, med det resultat at verdensbankens føringer måtte vektlegges (MoH,1998).

Sist, og kanskje viktigst, var den uholdbare helsesituasjonen i landet. *” Before Mr Chiluba formed government in november 1991 he had identified the Heath sector as one of the areas which required urgent attention, for the Zambian*

people were saddled with a run down health infrastructure synonymous with chronic shortages of drugs and medical supplies save for a few tablets of "panadol" which were the only remedy for all ailments known to man" (Ministry of Health, Government of Zambia official homepage, 2000)

Helsesituasjonen blant befolkningen var prekær, noe som ga utslag i høy barnedødelighet, lav forventet levealder og et raskt økende antall HIV/AIDS smittede. Tuberkulose, malaria, seksuelt overførbare sykdommer, undervekt og feilernæring var også sentrale utfordringer. Befolkningen hadde også dårlig tilgang på rent drikkevann og tilfredsstillende sanitære forhold. Mye av dette var resultat av et sentralisert, nedslitt og vanskelig tilgjengelig helsetilbud, fravær av informasjonskanaler og manglende sykdomsforebyggende tiltak nær folket. En forflytning av ressurser fra sentralt lokaliserte sykehus til lokale helsestasjoner nær innbyggerne var et grep for å snu utviklingen under slagordet "*Better Health For All*". (MoH ,1991; Kalumba, 1997)

2.7 Reformens helsesektorstruktur- målsettinger

Før reformen var det størst fokus på de sentrale sykehusene både økonomisk og administrativt. Dette ble endret med reformen. Utgangspunktet var at alle zambiere skulle få et helsetilbud som lå i nærheten av deres bosted, og helsestasjoner ble oppgradert for å kunne yte bedre på lokal nivå.

Prinsippet var også at reformen skulle bidra til en kostnadseffektiv helsesektor som på sikt skulle kunne fullfinansieres av Zambia. Under følger en redegjørelse for hvordan dette var planlagt. (opplysninger hentet fra MoH 1991 og MoH 1995b)

2.7.1 Organisering av pasientbehandling

Mens sykehusene tidligere hadde behandlet alle sykdomstilfeller skulle dette nå bare være en løsning for særskilt henviste pasienter.

Behandling skal være en trinnvis prosess med løpende behovsavklaring:

Først må pasienten oppsøke sin lokale helsestasjon. Stasjonene skal være utstyrt med

kvalifisert personell og nødvendige medisiner til å kunne behandle opp til 80% av tilfellene som kommer inn. Dette innebærer at de kan behandle alle de vanligste sykdommene i området, samt fødsler, mindre skader osv. Dette er det første trinnet. De resterende tilfellene som stasjonene ikke kan behandle blir henvist til sykehusene. Dette er det andre trinnet.

Planen var å videreutvikle dette med et trinn forut for trinn 1- nemlig å etablere et tilbud i hver enkelt landsby som ligger litt avsides- et konsept som kalles "outpost" helsetilbud. Opplært helsepersonell skulle bosettes i landsbyen og slik kunne både overvåke innbyggernes helsetilstand, samt kunne yte hjelp ved lettere sykdom og skade. Ved sykdom som trengte mer behandling ville pasienten bli henvist til helsestasjonen, og derfra videre til sykehus ved behov.

Siden man på denne måten ville redusere sykehusenes arbeidsmengde betraktelig var også planen å redusere størrelsen på sykehusene med omlag 80%- noe som innebærer drastiske kutt i både stab og antall senger.

På denne måten håpet man å få til et mer kostnadseffektivt system, siden sykehusdrift var beregnet å være langt dyrere enn helsestasjoner og outpost virksomhet. Innføring av egenandel fra pasienter skulle bidra til å oppmuntre til dette trinnvise systemet, da egenandelen ble økt avhengig av kontaktnivå. Outpostkontakt skulle være gratis, helsestasjoner rimelig, mens sykehus var dyrest.

Denne planen forutsetter godt opplært helsepersonell, god dekning av behovet for helsepersonell, samt god planlegging og gjennomføring. Om et eller flere av leddene svikter, ville systemet fungere dårlig.

2.7.2 Organisering av administrasjonen

A: Sentralt nivå

Administrasjonen av helsesektoren skulle også endres som ledd i desentraliseringsmodellen. Ministeriet som tidligere hadde totalt ansvar med alle fullmakter for helsesektoren, fikk med reformen et overordnet men redusert ansvar. Ansvaret i ny organisering dekket policymaking, ressursallokering, de ansatte i

sektoren (lønn og ansettelse) og finansiering av sykehusdrift. Policy utforming og ressursallokering skjer i samråd med donororganisasjonene.

Central Board of Health (CBoH) er et autonomt organ som skal bistå ministeriet i reformarbeidet. CBoH har ansvar for den praktiske implementering av reformen i tråd med politiske retningslinjer fra ministeriet og yter teknisk bistand til distriktene. CBoH har nær kontakt med distriktsledelsen, og er organet som godkjenner distriktenes budsjett rapporter, samt distribuerer donorenes midler til distriktene og deres helsestasjoner og donorenes medical kit- en pakke med medisiner designet til å kunne dekke helsestasjoners månedlige behov.

Donorene er bidragsyttere både teknisk og finansielt og har et nært samarbeid med både ministeriet og CBoH. Samarbeidet mellom donorer og ministeriet materialiseres gjennom møter hvor policy diskuteres og vedtaes, i tillegg til at donorer har teknisk kompetanse som arbeider i CBoH og i ministeriet. Alle store fremdriftsbeslutninger fattes i samråd mellom disse organene- det er en felles avgjørelse. Nytt i Zambias helsereform er også ressursutnyttelsesteknikken. Et "basket" konsept ble utviklet som innebærer at alle donorer som, sammen med zambisk regjering, bidrar finansielt til helsereformen samler sine økonomiske ressurser i en felles pott som distribueres etter behov- og ikke etter den enkelte donors program eller umiddelbare preferanser. Donorenes bidrag dekket omlag 40-50% av helsesektorbudsjettet (inkludert reformkostnader) hvor den Zambiske regjering ved helseministeriet skulle dekke resten.

Donormidlene ble rettet mot førsteleddet i helsetilbudet: helsestasjonene. Donorene finansierte driften av disse samt opplæring av helsepersonell og lokal helseadministrasjon. I tillegg dekket de kostnader til medical kits for helsestasjonene.

B: Lokalt nivå:

En stor del av ansvaret for implementering av reformen og District Health Board (DHB) er det øverste organet på distriktsnivå. DHB består av medlemmer valgt av lokalsamfunnet til å ivareta deres interesser i forhold til det lokale helsetilbudet. DHB er ansvarlige for å overvåke arbeidet til District Health

Management Team (DHMT) slik at dette utføres riktig og i henhold innbyggernes beste. På sikt skal DHB også ha ansvar for alle ansettelser i distriktet, inkludert medlemmer av DHMT.

DHMT er utøvende administrasjon av helsetilbudet i distriktet. De har ansvar for regnskap, budsjett og rapportering til ministeriet og CBOH om fremdrift og regnskap. De har også ansvar for implementering av reformen i distriktet, og skal sørge for at ting blir tilrettelagt for at reformen skal kunne utvikle seg samtidig som at helsetilbudet i distriktet fungerer. De fordeler penger til sykehus og helsestasjoner, og sørger for at stasjonene får tildelt sine månedlige medical kits. De har også ansvar for oppstart av grasrot deltakelse på ulike nivå i lokalsamfunnet.

Sykehusene er representert i District Health Board. De finansieres direkte av ministeriet. Medisiner kan de bestille og kjøpe inn selv, til forskjell fra helsestasjonene som får sitt medisinske behov dekket av medical kits fra donorene.

C: Grasrot deltakelse:

Neighbourhood Committees: Består av ca. 10 representanter fra landsbyen som møtes månedlig for å diskutere helsebehov i nærmiljøet, samt finne løsninger på disse. Deltakerne fungerer også som gode informasjonsbærere, da de deltar på seminarer om feks. AIDS og hygienetiltak osv.- og har ansvar for å videreformidle dette til sine landsbymedlemmer.

Health Centre Committee : Består av utvalgte representanter fra Neighbourhood Committees som er tilknyttet samme helsestasjon. Disse møtes jevnlig for å diskutere behov i området, og behov tilnyttet den enkelte helsestasjonen. Dugnadsarbeid for stasjonen eller lokalmiljøet for å bedre helsetilbudet eller forhindre smittespredning osv. er ofte i regi av denne komiteen. Komiteen disponerer også egenandelen som brukere av helsetjenestene betaler, og kan bl.a. bruke disse pengene til f.eks. bygging av latriner, maling av stasjonen m.m., dvs. små tiltak som er til helsetilbudets beste i lokalsamfunnet. Saker som trenger behandling utover hva Neighbourhood

Committees (NC) og Health Centre Committees (HCC) klarer, blir videresendt til et Area Health Board.

Area Health Board: Dette styret består av utvalgte representanter fra den enkelte Health Centre Committee. Styret behandler saker som skal presenteres for District Health Board (DHB). Ingen fra Area Health Board er medlemmer av DHB, men kan være tilstede ved DHB møter for å presentere sine saker og overvære behandlingen av disse.

På denne måten skulle grasrot deltakelse og lokaldemokrati sikres i alle ledd av reformen.

En organisasjonsmodell:



2.7.3 Delinkage

”Delinkage” eller frakobling er hovedbetegnelsen på desentraliseringen av helsesektoren og var blant de viktigste stegene i den nye reform planen. Dette innebar en desentralisering av organisatorisk administrasjon som beskrevet over. Større fullmakter og økt grad av autonomi til distriktene skulle gi en mer effektiv og målrettet organisasjon, hvor man lokalt kunne definere hovedmålsettinger innenfor gitte rammer. Budsjett og personalansvar, inkludert lønninger, skulle også overføres fra ministeriet til distriktsnivå som ledd i dette.

Sentralt her var planen om at alle ansatte i sektoren skulle sies opp, og at 60% av staben reinsettes i stillinger etter en evaluering av behov og kompetanse. Reduksjon av staben var planlagt som resultat av forventet effektiviseringsgevinst grunnet omorganiseringen, samtidig som man så at en stor andel av helsestaben var underkvalifiserte. Det var derfor behov for å rydde i rekkene.

Den nye staben skal ansettes av lokale DHB og lønnes av distriktsadministrasjonen gjennom distriktets budsjetter. I tillegg gis nyansatte treårige kontrakter med mulighet for forlengelse avhengig av prestasjon, til forskjell fra tidligere fast ansettelse. De nyansattes lønn skulle også økes slik at det ble mer motiverende og lønnsomt for kvalifisert personell å arbeide i Zambia og ikke minst på den zambiske landsbygda. Dette desentraliserings og effektiviseringsgrepet i helsesektoren var et av de siste trinnene i reformen før den var fullt ut implementert.

2.8 Situasjonen i Zambia under feltarbeidet

Målsettingene og optimismen rundt reformen var høye, men planene møtte store utfordringer. Jeg gjennomførte feltarbeidet i perioden mai til september 1998 og brukte tid i Lusaka og i provinsen Luangwa. Intervjuer ble foretatt på alle nivå fra ministeriet, sykehus og bistandsorganisasjoner og helt ned til lokale brukere.

2.8.1 Den økonomiske og politiske situasjonen

Situasjonen i Zambia var på dette tidspunktet preget av et kraftig fall i kobberpriser på verdensmarkedet, noe som rammet Zambisk økonomi hardt. Et stort press fra internasjonalt hold myntet på å overtale president Chiluba til å privatisere den statseide kobberindustrien preget nyhetsbildet. Imidlertid var kobber et symbol på landets tidligere økonomiske suksesshistorie (mye likt Norge og oljen) og Chiluba ønsket derfor ikke å gi etter for ekstern påvirkning. I stedet ble enorme summer i form av lån fra verdensbanken benyttet til å subsidiere kobberindustriens tap. Dette ble tolket som misbruk av både midler og tillit fra internasjonalt hold, noe som førte til kraftige sanksjoner mot Zambia. Flere bistands og donororganisasjoner stanset overføringer av midler og Verdensbanken frøs Zambias lån.

Samtidig forårsaket naturfenomenet El-Ninjo tørke i den sørlige delen av landet, og oversvømmelser i nord. Dette ga store reduksjoner i avlinger fra jordbruket og forverret levevilkårene for mange innbyggere. Forretningsvirksomhet og handel led under den ustabile økonomiske situasjonen, og misnøyen med regjeringen var åpenbar.

I tillegg til dette var det erklært unntakstilstand grunnet et kuppforsøk fra tidligere president Kenneth Kaunda i oktober 1997, hvis ettervirkninger bidro til den politisk anstrengte situasjonen.

2.8.2 Rammevilkår for reformen

Totalt sett endret dette rammene rundt reformimplementeringen.

Flere medlemmer av Ministry of Health ble sparket grunnet kritikk av regjeringen, inkludert helseminister mr. Katele Kalumba. Han var en visjonær mann som tenkte langsiktig og fokuserte på selve plattformen helsereformen skulle bygges på; eksempelvis kompetanseutvikling, HR, desentralisering, logostikk og praktisk reform implementering. Den nye ministeren, Conference Muboso, hadde derimot hovedfokus på synlige og raske løsninger og satsingsområder, som for eksempel legemidler og medisinsk utstyr. Denne endringen i fokusområde var et populært politisk grep, all den

tid befolkningen var sterkt misnøyd med helsetjeneste tilbudet og den prekære mangelen på medisiner og utstyr.

Imidlertid kan dette skiftet av styre hatt alvorlige konsekvenser for reformen. Implementeringen av reformen kan sammenlignes med et puslespill, hvor brikker skulle falle på plass i en trinnvis prosess. Helseminister Muboso forsøkte imidlertid å hoppe bukk over enkelte brikker, deriblant delinkagen, siden de var politisk upopulære. I tillegg fikk hun begrenset handlingsrom som følge av den alvorlige økonomiske situasjonen.

2.8.3 Misnøyen rundt delinkage

”Delinkage” prosessen var som nevnt blant de viktigste stegene i den nye reform planen, hvor det største grepet var ”firing and rehiring”: oppsigelse av alt helsetjenestepersonell for så å reansette om lag 60% av staben på midlertidige kontrakter. Dette vakte stor misnøye av flere årsaker:

1. Pensjoner: Zambias pensjonssystem opererte med fastsatte rater som beregnes oppnådd pensjonsalder (55 år). For helsepersonell ville dette pensjonssystemet avvikles med delinkageprosessen, og pensjonen skulle fastsettes på oppsigelsestidspunktet. Ministeriet hadde imidlertid ikke økonomi til å utbetale pensjonene ved masseoppsigelsene. Dette innebar for mange at pensjonen de hadde opparbeidet seg ikke ville utbetales før om mange år og innen den tid ville inflasjonen føre til at dette beløpet var ingenting verd. (For å illustrere sier tall fra Verdensbankens statistikker at inflasjonen i Zambia var på 30% i 2000 (www.worldbank.org)). Fagforeningen var i harnisk, og krevde at pensjonen skulle bli utbetalt umiddelbart. Det var også stilt spørsmål om hvorvidt oppsigelsene ville være lovlige. De anla sak mot helseministeriet, og dette kan ha bidratt til at delinkageprosessen ble stanset mens rettsaken pågikk.

2. Kompensasjoner: I forkant av delinkagen hadde ministeriet planlagt å tilby de oppsagte en form for økonomisk kompensasjon som følge av at de mistet jobben med

uklare muligheter for å bli ansatt på nytt. Denne kompensasjonen gikk til de som frivillig sa opp sin stilling. Kompensasjonen var ikke del av pensjonen, og langt lavere enn pensjonssummene som de ansatte hadde til gode. Men økonomisk krise rammet Zambia samtidig som delinkagen skulle gjennomføres, ved at kobberprisene på det internasjonale markedet raste. Zambias økonomi ble hardt rammet. Ministeriet fikk slike problemer med å finansiere kompensasjonen de hadde planlagt.

3. Usikkerhet:

Tidligere var det nesten umulig å miste sin stilling om man var offentlig ansatt. Dette endret seg nå med tidsavgrensede arbeidskontrakter. I tillegg var det tidligere slik at om to ektefeller var offentlig ansatt, hadde man krav på at ektefelle skulle tilbys jobb i samme område ved beordring til stilling som medførte flytting.. Denne goden ville ikke videreføres i det nye systemet.

Masseoppsigelsene ville også gi stor usikkerhet i seg selv. Siden staben skulle reduseres med 40 % var det mange som ikke ville få tilbud om ny jobb.

Jeg ble aldri gitt en klar årsak, men antar at som resultat av misnøyen, rettsaken og den politiske situasjonen ble delinkageprosessen beordret stanset av den nye helseministeren Muboso i februar 1998, og masseoppsigelsene utsatt på ubestemt tid.

2.8.4 Konsekvenser av delinkagestopp

Delinkagestansen var likevel ingen god løsning på problemene. Samarbeidspartnere i reformen reagerte med tilbakeholding av økonomiske midler til situasjonene ble avklart. Dette fordi beslutningen om stans ikke var klarert med dem, og heller ikke i tråd med fremdriftsplanene både donorer og ministeriet hadde blitt enige om på forhånd.

I tillegg kom stansen akkurat så sent at flere distrikt, bla. Luangwa, allerede hadde satt i gang oppsigelsene. Med stansen var oppsigelsene ugyldige og distriktene hadde derfor fremdeles 100% av arbeidsstokken ansatt.

Mange ansatte var nå i villrede om hvorvidt de hadde arbeid eller ikke. Dessuten bidro stansen til at de som hadde mistet jobben- eller ville miste jobben ved evt. oppstart av delinkagen, ikke fikk en rask avklaring på situasjonen. Om prosessen hadde gått sin planlagte gang, ville de fleste fått beskjed om sin fremtidige arbeidstakerstatus i løpet av uker. I stedet hadde denne usikre situasjonen nå vart siden februar- dvs.6 måneder da jeg var i Luangwa i Juli. Og situasjonen var langt fra avklart da. Ingen visste når delinkagen ville starte opp igjen, eller om den ville starte opp i det hele tatt (fra intervju med ansatt i DHMT, Luangwa).

Den økonomiske krisen i Zambia medførte også at helsebudsjettet sprakk, og sykehus som ble direktefinansiert av ministeriet mottok ikke sine midler. I tillegg hadde ministeriet ansvaret for innkjøp av medisiner og utstyr til sykehus, noe som i sterkt varierende grad ble gjennomført (fra intervju med Sister Mira, Katondwe Mission Hospital). De ansatte ble også lønnet direkte av ministeriet og mange hadde ikke mottatt lønn på flere måneder. Årsaken til dette var at ministeriet valgte å budsjettere lønn for kun 60% av de ansatte, til tross for at oppsigelsene var erklært ugyldige. Donorenes tilbakeholding av midler på samme tid førte til at distriktene mottok 35% av den normale dekningen av budsjettet på 50% fra donorene. I Luangwa resulterte dette i at totalt budsjett ble redusert med omlag 40 %- siden både donorer og ministeriet ikke gjennomførte utbetalinger. Med denne krisesituasjonen ble det vanskelig å drive et godt helsetilbud på distriktsnivå. (fra intervju med DHMT representant, Luangwa)

Medical kits hadde også forsvunnet for de siste tre månedene da jeg ankom Luangwa. For helsestasjonene medførte dette at de ikke hadde noe å tilby pasientene da de kom inn for behandling- flere helsestasjoner hadde kun kinin igjen til behandling av malaria- men hadde ikke panadol eller andre medisiner. Med dette begrensede tilbudet ble mange pasienter videresendt til sykehuset som hadde sprengt kapasitet grunnet pågangen og manglende finanser fra ministeriet. Samtidig skulle sykehuset reduseres fra 100 til 17 sengeplasser grunnet den planlagt effektiviseringsgevinsten fra omorganiseringen.

En annen implikasjon av delinkagestoppen var at all opplæring av helsepersonell stoppet opp. Dette gjaldt i første omgang opplæringen av personell i regi av donorer og ministeriet. Opplæringen stanset da man ikke visste hvem som ville fortsatt være ansatt i helsesektoren- noe man ikke ville vite før delinkagen var startet opp igjen. Donorenes tilbakeholdte midler var i utgangspunktet rettet mot opplæring. Dette medførte bla. at implementeringen av outposts ble stanset grunnet manglende kvalifisert bemanning, slik at disse ikke var etablert før sykehusene skulle reduseres. Dessuten påvirket dette fremdriftsplanene og dermed budsjettet til distriktene. Finansieringen i hvert enkelt distrikt var basert på kvartalsrapporter mht. til fremdrift og budsjettet var lagt opp etter behov. Fremdriftplaner for forrige kvartal måtte møtes og budsjettene redegjøres for før neste kvartalstildeling. Det enkelte distrikt kunne slik bli nektet finansiering om ikke fremdriftsplanene ble møtt og budsjettet overholdt. I henhold til reformens målsettinger og fremdrift hadde bla. Luangwa budsjettet for implementering av outposts og kursing av outpostpersonell 2. og 3. kvartal 1998. Men på grunn av donorenes økonomiske sanksjoner og ministeriets manglende utbetalinger gikk distriktet med underskudd og kunne ikke opprettholde fremdriftsplan, men bruke av alle poster på budsjettet til å få det eksisterende helsetilbudet til å fungere. (fra intervju med DHMT). Distriktsledelsen var bekymret for hva konsekvensene av dette ville være da de hadde brutt sentrale retningslinjer og risikerte reduserte utbetalinger neste kvartal.

2.8.5 Situasjonen for brukerne

For innbyggerne var situasjonen uholdbar. De måtte betale egenandeler for et tilbud som ikke eksisterte. Sykehusets egenandel var høyere enn klinikkens. Når klinikkene ikke kunne tilby behandling, førte dette til økte kostnader og lang reisevei for pasientene. Dette medvirket til at mange benyttet seg av tradisjonell medisin og tradisjonelle healere. Disse er også kostbare, men pasienten slipper i det minste reisingen. Mange pasienter døde som direkte konsekvens av feilbehandling hos tradisjonelle healere og mangelen på behandlingstilbud ved offentlige helsetjenester.

2.9 Mitt utgangspunkt

Med dette bildet, hvor helsestasjonene ikke hadde medisin, hvor distriktet ikke hadde transport, hvor sykehuset var fullt av pasienter men likevel skulle reduseres til klinikk, og hvor ansatte ikke fikk lønn og ikke visste om de hadde pensjoner eller arbeid, og var situasjonen dystert. I stedet for å ta et steg frem, ble dette to steg tilbake. I all hovedsak hadde reformen stoppet opp. Innbyggerne følte seg maktesløse, og viste liten interesse for reformen.

Det som slo meg var at folk ikke var mer opprørt i forhold til situasjonen. Dette gjaldt ikke bare innbyggerne, men også de ansatte som ikke hadde mottatt lønn- og dessuten ville miste jobbene sine.

Min påstand er at om tilliten mellom deltakergruppene i reformen hadde vært sterkere, hadde dette også i større grad åpnet for å stille krav og ha forventninger. Engasjement og tillit kunne ført til fremdrift i stedet for status quo i en vanskelig situasjon. Mangelen på tillit kan gjøre det svært vanskelig for den Zambiske regjeringen å nå sitt mål om ”Better Health For All”. Senere i denne oppgaven vil jeg derfor se nærmere på faktorer som kan ha påvirket befolkningens tillit til det offentlige helsetilbudet i Luangwa.

Dette vil behandles i lys av to hovedperspektiv: brukere og de ansatte i helsesektoren.

Jeg har valgt å begrense meg til disse to gruppene da de ikke er del av styringen av reformen, men fungerer som mottakere og førstelinjeytere.

Tillitsperspektivet vil behandles nærmere i kapittel tre, med bakgrunn for hvorfor tillit er viktig og en nærmere definisjon av begrepsforståelsen.

3.0 INSTITUSJONER OG TILLIT - EN TEORETISK TILNÆRMING

Utviklingsproblematikk i henhold til utviklingsland har lenge stått sentralt i mange lands utviklings og bistands politikk. Utallige utviklingsprosjekt er igangsatt over store deler av verden, med rike vestlige nasjoner og internasjonale organisasjoner såvel som hjemmenasjonenes regjeringer og frivillige organisasjoner som bidragsytere og prosjektledere.

Målet med dette er i hovedsak å fremme utvikling i de landene som ansees som underutviklede, særlig med hensyn til økonomisk utvikling. På slutten av 70 tallet var mange utviklingsland gjeldsslaver hos verdensbanken. Med dette, og den generelle økonomiske krisen som fant sted på 80- tallet, som også Zambia ble hardt rammet av, fant man at økonomi ikke bare var et nasjonalt, men et internasjonalt anliggende. Ulike teorier på området har gjennom tidene påvirket utviklingsprosjektene innhold og arbeidsmetoder. Enn så lenge viser det seg likevel at mange prosjekter er feilslått, hvor noen har gjort mer skade enn gagn, eller hvor ressursinnsatsen kun har oppnådd å opprettholde status quo. Utviklingsteorier har gått fra gamle økonomiske teorier som avhengighets teori og moderniseringsteori, til de mer moderne teorier som i større grad enn tidligere fokuserer på sosiale strukturer og institusjoner, både formelle og uformelle.

I dette kapitlet har jeg tenkt å se nærmere på to slike teorier- institusjonalismen og nyinstitusjonalismen. Jeg vil også dra paralleller mellom teoriene og Zambias reformsituasjon, da den danner rammen rundt helsetjenestesituasjonen for mitt case. Tillitsbegrepet og definisjoner av dette skal også introduseres da dette har sammenheng med ovennevnte teorier og er hovedfokus i denne oppgaven.

Årsaken til dette valget er at jeg vil se nærmere på reformens og helsetilbudets institusjonelle rolle i utvikling. Senere i oppgaven vil brukere og ansattes tillit til helsetjenestene belyses. Tillitsforholdet mellom institusjon og individ blir derfor sentralt, og jeg vil med en teoretisk tilnærming vise institusjoners rolle i utvikling, og i etablering/nedbryting av tillit.

3.1 Stat, marked og samfunn i reformen

Helsereformen er i stor grad et resultat av moderne teori innen utviklingsproblematikk, jfr sektorinvesteringsprogrammet, og prøver ut ifra dette å mobilisere stat, marked og samfunn til å fremme de sosiale utviklingsmål som er satt. Prosjektet omfatter hele det Zambiske helsevesen, både på sentralt og på lokalt nivå, og kan derfor ikke sies å direkte fremme økonomisk utvikling, men har et sosialt utviklingsmål: Å skaffe den Zambiske befolkning et bedre helse tilbud, bla. for å senke den høye graden av barnedødelighet og for å bedre kapasiteten til å møte den store helsetrussel som AIDS utgjør i Zambia i dag.

Et av de store satsningsområdene i dette prosjektet har vært å styrke den institusjonelle kapasiteten, da i særlig grad på lokalt eller distrikts nivå. Dette er blitt gjennomført bla. ved opplæring av ansatte, samtidig som at institusjoner på det lokale plan i stor grad er blitt involvert i prosjektet gjennom ekstensiv ansvarsoverføring for helsevesenet til distriktene. Videre er det den Zambiske regjering som har initiert prosjektet samtidig som den står som ansvarlig for gjennomføringen både på et økonomisk og administrativt plan. Med dette er det statlige mobilisert, både på sentralt og lokalt nivå.

Videre har man forsøkt å involvere lokalsamfunnet ved å innføre en egenandel for brukerne av helsevesenet. Med dette får hvert distrikt en ekstraressurs som kan brukes på oppgradering av helsestasjoner, sykehus osv, samtidig som at man med dette håper at lokalbefolkningen vil involvere seg i helsevesenets tilstand i større grad enn tidligere (da dette var gratis) og stille krav til at en viss standard opprettholdes og at det hele kort sagt fungerer. Ut ifra dette kan man si at både marked og samfunn også mobiliseres for at reformen skal fungere.

Satsningen å institusjonelle forhold i denne reformen leder meg til spørsmålet: Hvilke roller spiller formelle og uformelle institusjoner om utvikling skal finne sted?

Dette vil jeg forsøke å belyse ved hjelp av noen sider av institusjonalistisk og nyinstitusjonalistisk teori, hvor jeg vektlegger positive roller som institusjoner kan innta i utviklingsprosesser.

Begrepet utvikling vil jeg bruke i denne betydningen:

Det er et skille mellom økonomisk vekst og utvikling. Utvikling skal ikke bare føre til vekst, men også generelt økt samfunnsmessig velferd, hvor gevinstene fordeles i samfunnet slik at dette kan føre til sosial endring.

3.2 Institusjonalismen

Økonomisk teori, som i en periode dominerte innenfor utviklingsproblematikken, mente at det økonomiske marked var selvregulerende og fungerte uavhengig av andre institusjoner i samfunnet.

Økonomisk utvikling ville ut ifra dette finne sted uavhengig av politiske og andre samfunnsmessige forhold. Med økonomisk utvikling og økt økonomisk velstand ville sosial utvikling følge som et resultat av dette. En laissez-faire holdning til økonomisk utvikling sprang ut av dette synet, hvor tanken forenklet sagt var at markedet skulle få frihet til selv å utvikle seg, med minst mulig innblanding fra stat og styre.

Institusjonalismen kom i første rekke som en reaksjon på dette synet. I kontrast til økonomisk teori hevdet institusjonalismen at formelle institusjoner som politikk og byråkrati i stor grad påvirket utvikling. «The notion of embeddedness» (Gershenkron, 1992) innebærer at økonomi er forankret i sosiale institusjoner, både formelle og uformelle. Institusjonalismen ser økonomisk handling som en sosial handling, og ikke kun i nytte maksimerende perspektiv jfr. økonomisk teori.

Med dette menes at institusjonelle forhold som sosial kapital (tillit, normer, moral, nettverk osv.) påvirker økonomisk handling på en måte som fører til at nyttemaksimeringsperspektivet ikke holder mål. Videre fremlegger institusjonalismen at formelle institusjoner som byråkrati og politikk har innvirkningskraft på økonomisk og sosial utvikling, og at stater bør innta en aktiv rolle i utviklingsprosesser (Gershenkron, 1992).

Institusjonalismen konsentrerer seg slik i hovedsak om formelle institusjoner, internasjonale relasjoner, og stat- marked debatten. I de følgende avsnitt vil jeg

konsentrere meg om statens rolle i utvikling, med referanse til reformen og Zambias situasjon under feltarbeidet.

3.2.1 Byråkratiets rolle

Stater kan aktivt påvirke utviklingsprosesser gjennom planlegging, finansiering og tilrettelegging. Gjennomføring av utviklings planer i et slikt perspektiv forutsetter imidlertid et sterkt byråkrati med hensyn til feks. byråkratiske rutiner, regelverk, normer og kompetanse.

Dette grunnlaget var ikke oppfylt i Zambia ved oppstart av reformene.

“Some of the members (of the boards red.anm.) are just there for private benefits. They have no visions about the reforms or how to improve the healthservices in the district. (...)there should be strict criteria for electing boardmembers, but the boardmembers are chosen from friendship.” (intervju med helseansatt I Luangwa)

”Når vi snakker kapasitet så er jo Zambia et land hvor man umiddelbart blir imponert over alle de fine titler folk har. det er mange velutdannede, men det er ikke alltid så mye bak titlene... Jeg vet ikke hvorfor.. jeg vet ikke hva forklaringen er.... Noen er utdannet nasjonalt, noen er utdannet internasjonalt... Jeg har en rekke bud på hvorfor jeg tror at noen av de ansvarsområder som de profesjonelt skal rekke til ikke fungerer. Jeg tror det er noe kulturelt. Jeg tror at det grunner i en måte å forstå seg selv og sin omverden på” (intervju med DANIDA representant 1, CBoH)

”En minister tjener om lag 15.000 danske kroner. Det er jo ikke så meget.” (Intervju med DANIDA representant 2, CBoH)

Byråkratiet var preget av underbetalte og underkvalifiserte ansatte som i liten grad viste lojalitet til byråkratiske rutiner og regler. Offentlig forvaltning i Zambia kan heller kjennetegnes ved neopatrimoniell styring hvis hovedkjennetegn er at all offentlig myndighet og tilhørende økonomisk rettigheter blir behandlet som om de var private (Medard, 1991).

Webers idealtyper omfatter bla. et uhildet byråkrati som skulle sikres ved at byråkrater skulle ansettes ut ifra kvalifikasjoner- noe som sikret et minstemål med hensyn til kompetanse, og som skulle hindre at ansettelse skulle forekomme på grunnlag av privatpersoners ønsker eller kontakter. Videre skulle byråkrater kunne tjene nok til livets opphold, slik at de ikke skulle trenge noen ekstra jobb- de skulle bruke sin energi på gjennomføring av sitt byråkratiske arbeid og ikke bringe private anliggender med seg på jobb. På mange måter ser vi disse trekkene i helsereformens delinkagetanke (se kap 2), hvor man ved reansettelse vektlegger kompetanse, opplæring og økte lønninger for å rekruttere og beholde dyktig personell.

Byråkratiet skulle videre inneha muligheter for de ansatte til å avansere i sine stillinger, basert på ens evne til å gjennomføre offentlige mål. Rekruttering på grunnlag av kvalifikasjoner og muligheter til å gjøre karriere innenfor det byråkratiske system skulle videre generere en «byråkratisk korpsånd» (esprit de corps), noe som ville ytterligere sikre at byråkratiske rutiner og regler ble overholdt, samtidig som at det ville skape en vilje til gjennomføring av de mål det offentlige systemet hadde satt seg. En byråkrat var mao. en kvalifisert ansatt med vilje og evne til å arbeide på en uhildet måte for oppnåelse av de offentlige mål som var satt for samfunnets beste.

Institusjonell kapasitet i denne betydningen er ofte mangelvare i mange utviklingsland i dag, også i Zambia. Korrupsjon, patron -klient forhold, manglende organisering og generelt manglende regelverksoppfølging er vanlige problemer som ofte er forårsaket av politisk ustabilitet, sosiale normer og manglende ressurser til oppfølging og oppbygging av byråkratiet. Selv om dette ikke nødvendigvis fører til økonomisk og sosial tilbakegang for landet, men opprettholdelse av status quo, er dette heller ikke ønskelig i tilfeller der utvikling er satt som mål.(Medard,1996)

I følge Weberiansk tankegang utgjør regler og forutsigbarhet plattformen for muligheten til å investere i langtidsprosjekter. Manglende regelverk, eller manglende følge av regelverk innenfor byråkratiet vil nødvendigvis redusere graden av forutsigbarhet. Dette vanskeliggjør planlegging, og kan hindre investeringer i langtidsprosjekter. Utvikling innebærer som oftest nysatsing, eksempelvis transformering av produksjonsmidler, omlegging av industri osv, og er ofte ressurskrevende - særlig økonomisk. Dette innebærer at utviklingsprosjekter i stor grad

er risikofylte, og manglende institusjonell kapasitet kan derfor sees som et stort «drawback» i en slik sammenheng. Evans viser til bla. dette i sin studie av industriell transformering i Brasil, hvor nettopp manglende byråkratisk styrke i stor grad førte til at nysatsningen ble feilslått. I internasjonal sammenheng vil manglende forutsigbarhet kunne skremme utenlandske investorer fra å investere i ulike prosjekter, og u-land vil slik gå glipp av viktige kontakter og kapital. (Evans,1996a)

Reformens omfang og langsiktige perspektiv vil i lys av dette stille store krav til institusjonell kapasitet, og burde derfor i følge Evans virke avskrekkende på investorer. Med sektorinvesteringsmodellen som nyskapende grunnlag, fenget reformen likevel internasjonal interesse og flere store donorer ble tekniske og økonomiske samarbeidspartnere. Styrking av institusjoner gjennom klare ansvarslinjer og kontrollfunksjoner, økte lønninger og opplæring var samtidig en viktig del av reformens innhold.

3.2.2 Kontakt mellom stat og samfunn

Selv om den institusjonelle kapasitet skulle være tilstrekkelig, er det andre aspekter ved statlig intervensjon som kan hindre utvikling. Et av disse er manglende kontakt mellom statlig og lokalt nivå, m.a.o. for sterk grad av sentralisering. Dette kan f.eks. komme frem ved at statlige midler konsentreres rundt statligeide bedrifter, og kan på denne måten undertrykke eller utkonkurrere privateide foretak.

Lokale initiativtakere og privateide bedrifter vil ut ifra dette ikke kunne følge med i utviklingen, og heller ikke oppmuntres til investering og innovering. Videre kan dette føre til et økende gap mellom befolkning og styresmakter, noe som kan gi legitimitetsproblemer, ikke bare mht. den sittende regjering, men også med hensyn til selve utviklingsprosjektet. Slike problemer kan oppstå om regjeringer ikke er i tilstrekkelig kontakt med befolkningen i landet. Manglende feedback fra sivilbefolkningen kan resultere i at utviklingsmål som settes avviker fra befolkningens oppfatning av hva som er sentrale mål.

Et av hovedproblemene i helsesektoren før reformimplementeringen var det sentralistiske fokuset i offentlig forvaltning. Statlige midler ble hovedsakelig benyttet

til drift av sentrale sykehus, og det lokale helsetilbudet ble forsømt. Reformens desentraliseringsperspektiv sto derfor sentralt for å motvirke udemokratiske prosesser og sikre et brukernært tilbud for befolkningen. I tillegg ble tilrettelegging for grasrotdeltakelse gjennom lokale styrer vektlagt for bl.a. å styrke informasjonsflyt mellom lokalt og sentralt nivå.

3.2.3 Fordeler ved statlig involvering

Max Weber var en sterk talsmann for byråkратиets autonomi, og mente at stater ikke burde involveres i det sivile samfunn bl.a. for å skjerme byråkratiet slik at det kunne fungere som en effektiv og uhildet institusjon. Med en etablert og profittorientert markedsøkonomi sammen med en viss grad av forutsigbarhet i det offentlige, vil markedet etablere seg naturlig. Industriell transformering ville slik komme som et resultat av at omgivelsene innbyr til private langtids investeringer.

Institusjonelle økonomer som Gerschenkron og Hirschman har et annet syn på stat - samfunn relasjoner. Som en av de første til å påpeke staters rolle i den europeiske industrielle utviklingen mener Gerschenkron at staters aktive deltakelse i det sivile samfunn er sentral. Med unntak av de aller første statene som gjennomgikk industrialisering, vil utstrekningen av investering og risikoen som er knyttet til transformerende langtidsinvestering være av en slik størrelse at det overgår private investorers evne og kapasitet. Det er derfor i hovedsak stater som kan initiere og finansiere slike prosjekter, og stater må støtte det private i utviklingen. Hirschman ser elites manglende evne til å treffe beslutninger som vil gjøre velstand om til nye produktive investeringer som en av de største barrierene i utviklingsproblematikken. Disse avgjørelsene må derfor komme fra staten. (Evans, 1996a)

3.2.4 Embedded autonomy

Peter Evans (1996a) har tatt utgangspunkt i disse motstridende synene på staters involvering i økonomisk utvikling, og skapt en syntese som han kaller «embedded autonomy».

Evans teori om embedded autonomy omhandler statlig påvirkning ved økonomisk utvikling, hvor han fremsetter at stater bør være autonome inntil en viss grad. Han vektlegger byråkratisk kapabilitet og dype byråkratiske strukturer i staten, samtidig som at byråkratiet ikke bør være for isolert, men at det eksisterer tette nettverk mellom det statlige og det private. På denne måten vil den nødvendige feedback fra samfunnet sikres, samtidig som at sterke byråkratiske rutiner vil sørge for at statlig autonomi opprettholdes slik at statlige midler og politiske mål investeres i samfunnets beste, og ikke styres av privat vinning.

Eksempler på vellykket økonomisk utvikling i et slikt perspektiv er de såkalte NIC landene, hvor statlig initiering av industriell transformasjon i stor grad har ført til en sterk økonomisk vekst og utvikling. Evans viser gjennom sitt case studie av Korea hvordan den koreanske regjering gjennom investering, planlegging og samarbeid med private bedrifter innførte ny teknologi, nye produksjonsmidler og gjorde Korea til en av de ledende leverandører av informasjonsteknologiske komponenter på verdensmarkedet. Staten spiller i slike tilfeller en viktig rolle, både som initiativtaker og finansierende part, men har også som funksjon å virke som en beroligende faktor overfor private investorer mht. risiko, ved selv å gå inn som investor samt ved å tilrettelegge for private investeringer og nysatsninger f.eks. ved fiskale metoder og gunstige lånetilbud. Videre gir et slikt samarbeid mellom det statlige og det private de private investorer en form for felles plattform som avler tillit: Dette er ingen individuell risikofylt satsning, men heller en gjensidig forsterkende kollektiv handling. På denne måten innbyr staten aktivt til private langtidsinvesteringer. (Evans, 1996a)

3.2.5 Opprettholde og videreutvikle utvikling

Statens innvirkning er imidlertid ikke bare sentral ved initiering av utvikling, men også i opprettholdelse og videreutvikling av en slik positiv trend. «Midwifery» og «husbandry» er to begrep Evans bruker i denne forbindelse. Med begrepet midwifery menes statens evne til å til å hjelpe frem privateide bedrifter til å inngå på en vellykket måte i utviklingsstrategien som de sentrale styresmakter har foresatt seg. Dette innebærer de fleste komponenter som jeg har diskutert ovenfor; altså å etablere et samarbeid mellom det private og det statlige basert bla. på resiprositet, forutsigbarhet, kommunikasjon, tillit og skaping av felles mål med felles gevinst for å kunne initiere en langtidsplan mht. utvikling.

Husbandry brukes om det neste stadiet- videreføring av det oppstartede prosjektet for at utvikling ikke skal stagnere. Økonomi er i dag påvirket av internasjonale markeder og tendenser, og økonomisk utvikling bør derfor sees i et globalt perspektiv. Ved økonomisk utvikling, som i tilfellet med NIC landene, ble det satset på produksjon av effekter som kunne selges og var konkurransedyktige på det internasjonale markedet. Siden det innenfor de fleste områder av det internasjonale markedet i dag foregår rask utvikling av nye produkter, er det viktig at man holder tritt med utviklingen. Ekspansjon og/eller omlegging til stadig nyere produksjonsmåter er derfor nødvendig for opprettholdelse av utvikling. Mens miwifery altså var å bestå prøven det er å få en utviklingssektor igang, er husbandry opprettholdelsen og pleien av denne sektoren, samt å oppmuntre sektoren til å følge opp om de forandringene som finner sted i den globale sektor. (Evans, 1996a)

” The question of ownership was established very early. Zambia has been in the driving seat from the onset.” (Country Health System Profile, 1998:24).

Den Zambiske regjeringen tok selv initiativet til og ledet an reformen, jfr midwifery. Samtidig skulle avgjørende føringer tas i fellesråd mellom regjering og donorer/samarbeidspartnere. Finansieringen var også delt mellom partene, hvor Zambia hadde forpliktet seg til å dekke 60% av kostnadene. Eierforholdet til reformen

var derfor delt mellom regjeringen og samarbeidspartnere, men med et klart budskap om at Zambia på sikt skulle overta fullt ansvar for helsesektoren. Dette vitner om en sterk tanke vedrørende bærekraftig utvikling, parallelt med at gode tillitsrelasjoner og samhandlingsformer mellom partene i reformen var nødvendig. Dette inkluderer samhandlingen med lokalt nivå all den tid desentralisering var sentral føring.

Evans teori om husbandry kan slik benyttes her dersom man ser reformens eksterne samarbeidspartnere og lokaldeltakere på distriktsnivå som private aktører. En vellykket reformimplementering i et slikt perspektiv kan bidra til forsterket tillit til offentlige zambiske institusjoner og mellom partene i reformen, både lokalt og sentralt.

3.2.6 Relative backwardness

Gerschenkron fremhever også staters betydning i utviklingsprosesser for land som ligger bak i utvikling. I hans komparative studie av industrialiseringen i Europa kom han frem til at ulikhetene mellom europeiske land var liten før industrialiseringen av England skjøt fart. England, som pioner på industrialiserings området, hadde allerede en velutviklet kommersiell sektor pga. handel, samt en avansert kommersialisert jordbrukssektor ved begynnelsen av industrialiseringen. Privat kapital som var akkumulert fra disse sektorene ble investert i industri. Den engelske industrialiseringen bar preg av privat initiativ, liten grad av planlegging og en prosess av prøving og feiling. Da industrialiseringen var vel i gang, etterlot dette seg et utviklingsgap mellom England og de øvrige europeiske land, som ennå ikke hadde påbegynt sin industrialisering. De øvrige europeiske land hadde likevel en fordel med å ligge bak i utvikling; etter Englands industrialisering kunne disse dra nytte av Englands erfaring og unngå en smertefull initieringsprosess. Med teknologi osv. fra den engelske industrielle revolusjon, kunne dette settes direkte inn i de øvrige lands industrier.

Videre hadde de også muligheten til å planlegge sin industrialisering dersom staten gikk inn i stedet for private investorer. Staters evne til å planlegge og gjennomføre industriell utvikling ut ifra landets ressurser og organisering, samt ut ifra tidligere historie- både nasjonal og internasjonal, ble derfor sentral. Gerschenkrons

begrep «relative backwardness» fanger inn den relative betydningen stater hadde i den europeiske industrialiseringsprosessen. Relative backwardness er en indikasjon på ulikheten i økonomisk utvikling mellom det mest avanserte landet og de land som er i startfasen av industrialisering, eller som er på vei inn i det Rostow kaller «take-off» fasen. (Rostows take-off fase : En økonomi som investerer 10% av dens BNP i fornyet produksjon har nådd take-off fasen.) Gerschenkron retter imidlertid kritikk mot Rostow i form av at det finnes ingen universell oppskrift på hvordan et land kan nå en take-off fase. Veien til å oppnå denne fasen er individuell for hvert enkelt land, avhengig av historie, ressurser og deres posisjon i forhold til den mest avanserte nasjonen. Jo større graden av relative backwardness er, jo større er behovet for en form av sentral planlegging av industrialisering for at man skal lykkes. (Gerschenkron,1992)

Zambia kunne ikke dra nytte av slik ”relative backwardnesseffekt” all den tid reformen var en av de første i sitt slag med tanke på struktur (SIP) og omfang. Kvalifisert ”gjetning” fra verdensbankens SIP modeller lå til grunn for statens reformplaner. Likevel var det klart behov for statlig ledelse av reformen. Kjennskap til styrker og svakheter i samfunnsstruktur og offentlig organisering gjorde det lettere å avdekke behovene i helsesektoren. Innføring av nyvinningen ”basket funding” førte perspektivet bort fra enkeltstående investeringer til en totalvurdering av sektorens behov. *”The principle of basket funding is that donors contribute to a common ”basket” instead of supporting their own individual projects or vertical programmes. This can facilitate a more efficient utilization of resources and ensuring that priorities are set according to needs (demands) rather than according to donor preferences (supply)”* (Directorate of Health Services commissioning, 1997: 36)

Et slikt effektiviseringsgrep ville vært vanskelig uten statlig ledelse av prosjektet.

Staters strategier i startfasen vil variere, men politiske virkemidler som finansiering, institusjonell kapasitet m.m. er ordninger som et sentralt styre er best egnet til å tilby for bidra til å skape gode rammebetingelser rundt utvikling. Videre er det stater som gjennom sentralt styre kan legge til rette for at det utviklingsgevinsten settes inn i nysatsning, samtidig som at avkastningen kommer flertallet til gode.

Utvikling innebærer ikke bare vekst og økt økonomisk velferd for de få, men en generell velferdsøkning for landets befolkning.

Ved å inkludere helse som nøkkelfaktor i et slikt utviklingsperspektiv er denne innfallsvinkelen også relevant for helsereformen og statens rolle her. En god folkehelse er avgjørende for bærekraftig utvikling både sosialt og økonomisk. Et helsetilbud for de få vil undergrave slik utvikling, og et overordnet perspektiv må til for å skape brukernærhet og kvalitetssikring i helsesektoren. Staten som formell institusjon står sannsynligvis best rustet til en lederrolle i slik sammenheng. Spørsmålet for Zambia blir, som nevnt over, hvorvidt staten har institusjonell kapasitet til å utøve en slik rolle med god effekt.

Jeg har her redegjort for formelle institusjoners rolle i utvikling i lys av institusjonalistisk teori. De har sentrale oppgaver som overstiger privat kapasitet, både med hensyn til organisering, initiering og finansiering av utvikling, men like viktig til forsterking av positive trender og oppbygging av videre utvikling, og distribuering av goder i samfunnet for å skape en plattform for bærekraftig utvikling.

3.3 Nyinstitusjonalismen

Interne institusjonelle faktorer er sentrale også i dette perspektivet, men fokuset går her fra formelle institusjoner til uformelle institusjoner og en kombinasjon av disse. Selv i de mest sofistikerte formelle strukturer er det individer som opererer. Graden av vellykkethet avhenger ikke bare av økonomiske investeringer i en sektor, men av hvordan disse individene samarbeider. Produktive mønster av mellommenneskelige relasjoner er ikke noe som bare eksisterer, men de er konstituert og opprettholdt av et innfløkt regelverk som organiserer samhandlingsformer mellom individer. Noen av disse reglene kan sies å være formelle i den forstand at det er sentrale styrever som har skapt og håndhever dem. Andre regler er uformelle ved at de opprettholdes gjennom individers «private» handlinger (Lam, 1996).

Sosial kapital, nettverk, resiprositet og tillit er sentrale begrep her, sammen med begrepet embeddedness, som jeg tidligere har introdusert.

3.3.1 Sosial kapital

Putnam definerer begrepet sosial kapital som «(...) features of social organization, such as trust, norms, and networks that can improve the efficiency of society by facilitating coordinated actions.» (Putnam, 1993:167). Dette kobles opp mot at det er vanlige mennesker som jobber i byråkrati og andre formelle institusjoner, og derfor vil en høy grad av sosial kapital forenkle det Oliver Williamsen kaller «transaction costs»-kostnader ved å overvåke og forsterke avtaler og regler, slik at aktører mer effektivt kan unngå problemer som unnaslutning og opportuniste byr på. Dette er også overførbart til stats- samfunns relasjoner, hvor et stabilt og sterkt byråkrati skaper stabile omgivelser for økonomisk og sosial utvikling, og legger grunnlag for tillitsforhold mellom stat og samfunn slik at det er lettere å implementere og å gjennomføre reformer og utviklings prosjekter.

Sosial kapital forenkler muligheten til å gjennomføre ulike former for kollektiv handling, gjennom sterke normer, resiprositet og gjensidig tillit. Tillit er et sentralt begrep i denne sammenheng, som de andre begrepene bygger opp under. Sosial kapital, til forskjell fra økonomisk kapital er noe alle kan besitte, avhengig av hvordan man benytter seg av den.

3.3.2 Tillit i nyinstitusjonalisme

Tillit opprettes gjennom nettverk av gjentatt sosial interaksjon, hvor alle involverte erkjenner risikoen for at deltakere i dette sosiale nettverket kan være opportuniste eller gratispassasjerer. Å ha rykte på seg for å være pålitelig og ærlig er derfor viktig i slike sammenhenger, og å bevise dette ytterligere gjennom overholdning av avtaler osv. i sosial interaksjon bidrar til å forsterke dette. Et rykte om høy eller lav grad av integritet er ofte et resultat av tidligere deltakelse i sosiale nettverk- og sosiale nettverk som sørger for at tillit blir spredt ved at man har tidligere kontakter som nye kontakter stoler på, og som går god for en. Både usikkerhet om ryktet til en blivende deltaker, og risiko mht. f.eks. opportuniste minimeres ved sterke normer og av tette nettverk av

gjensidig samhandling. I utviklingsprosesser er dette viktig, da tillit og resiprositet forenkler samarbeidet som må til for at utvikling skal finne sted. (Putnam, 1993)

3.3.3 Synergi

Synergi er et begrep som er sentralt i samspillet mellom stat og samfunn i så måte. Synergi innebærer at borgerengasjement styrker statlige institusjoner og at effektive statlige institusjoner skaper et miljø hvor det er gunstig for borgerengasjement å utvikle seg. Offentlige institusjoners handlinger gjør det lettere å innføre tillitsnormer og nettverk blant vanlige borgere og å bruke disse normene og nettverkene i utviklingsøyemed. (Evans, 1996 b)

Videre er samarbeid mellom stat og samfunn viktig med hensyn til effektivitet. Uten en sterk byråkratisk organisering, vil det være vanskelig å få distribuert offentlige goder i lokalsamfunnet på en gunstig måte, samtidig som at byråkratiet ikke ville fungert så effektivt mht. til distribueringen uten deltakelse fra et selvorganisert lokalsamfunn (jfr. Lam, 1996)

Synergibegrepet er en syntese av begrepene embeddedness og komplementaritet. Komplementaritet innebærer gjensidig støttende relasjoner mellom de offentlige og de private aktører. Et klart skille eksisterer mellom de ulike oppgavene som det offentlige og det private har, basert på egenskapene som er særegne for hver av de to partene, hvor samarbeidet mellom partene mht. distribuering av offentlige goder er utfyllende. Staten griper ikke direkte inn i den private sfæren, men kan påvirke den i retning av at det private overtar statens normer rundt kollektiv handling, og slik at sosialkapital akkumuleres på det private lokalnivå- om det skulle være en mangelvare. Dette kan føre til en styrking av de lokale organisasjoner og institusjoner, og øke deres effektivitet, uten at de er direkte knyttet til statlige organisasjoner- gitt at en effektiv stat skaper det rette regelstyrte miljø.

Embeddedness er tanken om at det finnes bånd mellom det offentlige og det private som overstiger skillet mellom disse. Slike produktive uformelle nettverk kan bidra til at utvikling fremskrider mer effektivt- selv om de også naturligvis kan fremstå som hindringer da de gir økte muligheter for opportuniste og bruk av statlige midler

til egen vinning osv. Nettverk av denne typen kan sikre verdifull interaksjon, kommunikasjon og tillit mellom de to nivåene, som igjen kan bidra til lettere implementering, samarbeid og økt effektivitet rundt utvikling (Evans, 1996 b). (Jeg vil også vise til Evans teori om «embedded autonomy» som jeg har introdusert tidligere under institusjonalismen.)

Ofte opptrer begge disse formene for synergi i de fleste stat- samfunn relasjoner. Komplementaritet støtter oppunder daglig interaksjon mellom offentlige ansatte og lokalsamfunn, noe som er essensielt for at komplementaritet skal kunne organiseres for å fungere. I tillegg til at dette er med på å promotere sosialkapital på lokalt nivå, støtter det også opp under embeddedness siden nær og hyppig kontakt fører til at sosiale nettverk dannes. Synergi bygger på tanken om et produktivt samarbeid mellom det offentlige og det private, hvor sosial kapital står sentralt som en faktor som muliggjør en positiv og effektiv relasjon mellom offentlige ansatte innbyrdes, mellom det offentlige og det private, og innbyrdes i det private. Et slikt perspektiv innebærer at de ulike institusjonene er mer effektive i samarbeid med hverandre, enn hva de ville være om de sto alene.

3.3.4 Oppsummering av institusjoners rolle i utvikling:

Formelle og uformelle institusjoners rolle i utvikling er sentral og bør vektlegges ved gjennomføring av utviklingsprosjekter. Samarbeid mellom de formelle og de uformelle institusjoner, mellom det offentlige og det lokale er viktig for at utvikling skal lykkes på en effektiv måte. Dette innebærer også at styrking av institusjoner avgjørende, og at byråkratiske og demokratiske normer er viktige. Uten disse vil effektivitet og samarbeid vanskeliggjøres, og dette vil sette hinder i veien for oppnåelse av satte utviklingsmål. Opplæring av ansatte og organisering av formelle institusjoner bør vektlegges når man ser de mulige positive ringvirkningene et effektivt og sterkt byråkrati har på ulike områder i samfunnet.

Betydningen av sosial kapital er også sentral i lys av hvilken betydning det nyinstitusjonalistiske perspektivet viser at dette har for institusjoner og samarbeidet

mellom disse. Tillit i og mellom formelle og uformelle institusjoner er førende for utviklingsarbeid, og kan spille en avgjørende rolle for suksess eller fiasko.

Ordtaket «jo flere kokker- jo mere søl» kan nok i mange tilfeller også anvendes på enkelte samarbeidsformer mellom lokale og sentrale nivå, og ofte kan relasjoner mellom uformelle og formelle institusjoner vanskeliggjøre produktivt samarbeide og svekke institusjoner. Likevel tror jeg at potensialet som ligger i slikt samarbeid bør utnyttes og vektlegges, og under vil jeg presentere tillitsteori som bygger opp under dette.

3.4 Tillit

Tillit er et begrep som er viet økende oppmerksomhet innen samfunnsforskning de siste 15 årene og mange teorier og avklaringer rundt tillit som et viktig sosialt fenomen er publisert. Jeg vil her konsentrere meg om teori som viser hvordan institusjoner kan bidra til å skape en tillitskultur og dennes motsats: hvordan manglende institusjonell kapasitet kan bidra til å skape en mistillitskultur.

Men først en nærmere introduksjon til og definisjon av tillitsbegrepet.

3.4.1 Definisjoner av tillit

”To show trust is to anticipate the future. It is to behave as though the future were certain” (Luhman 1979:10)

Fokuset på tillit som problemstilling i nyere tids samfunnsforskning har avlet mange ulike definisjoner. I denne oppgaven vil jeg bruke Sztompkas definisjon av tillit:

” Trust is a bet about the future contingent action of others” (Piotr Sztompka 1999:25)

Dette er knyttet til to viktige elementer: tro og forpliktelse.

Tillit er relevant i situasjoner der man ikke har kjennskap til fremtiden, men handler som om vi kjente til fremtiden (tro). Videre er tillit rettet mot andres handling, det

være seg personer eller systemer/institusjoner. Tillit er slik basert på en tro å at andre ikke handler i strid med dine forventninger.

All den tid tillit springer ut av en viss grad av uvitenhet vil element av risiko være involvert. Risiko ses her som muligheten for et fremtidig negativt utfall. Man risikerer tap ved å vise tillit (f.eks tap av penger ved investering, tap av helse ved operasjoner). Man forplikter seg derfor i varierende grad til å tro på andres handlinger ved å vise tillit, avhengig av graden av risiko. Jo høyere risiko, jo større forpliktelse.

Sztompka deler tillit i tre former: Trust, mistrust og distrust (ibid:26).

”Trust” ses her som tillitsgivers positive forventning om at andre ikke handler i strid med tillitsgivers forventninger og interesser. ”Distrust” er den negative motsatsen; En forventning om at andre vil handle i strid med tillitsgivers forventninger og interesser. ”Mistrust” beskriver situasjonen mellom distrust og trust, omtrent som et venterom. En nøytral situasjon hvor verken trust eller distrust er til stede, hvor man mangler klare forventninger og er nølende med hvorvidt man skal forplikte seg eller ei.

I denne oppgaven vil jeg konsentrere meg om begrepene trust og distrust, som jeg oversetter til tillit og mistillit. Mistillit skal slik ikke forveksles med ”mistrust”.

Jeg vil også skille mellom systemtillit og persontillit. Systemtillit er abstrakt og knyttes til forventninger til systemer og institusjoner uavhengig av personene i institusjonene. Persontillit er knyttet til forventninger om andre personers handlinger. Videre vil jeg legge til grunn Luhmans kriterie for tillitsbasert handling:

”Trust is only involved when the trusting expectation makes a difference to a decision” (Luhman, 1979: 24). Dette innebærer at det finnes andre handlingsalternativer og at aktøren kan velge. Motsatsen her vil være tvang.

3.4.2 Hvorfor tillit?

”All human action occurs in time, drawing on a past which cannot be undone and facing a future which cannot be known” (Barbalet 1996: 82)

Giddens behandler tillitsbegrepet i lys av moderne samfunn og hans tilnærming til tillit tar utgangspunkt i begrepet ontologisk sikkerhet. Slik sikkerhet uttrykkes ved en

fundamental tiltro til verdens kontinuitet og at noe alltid vil være stabilt og rutinemessig i en ellers kaotisk verden. Slik sikkerhet dannes tidlig i livet gjennom forelder-barn relasjonen. Barn lærer at foreldre har en egen identitet separat fra deres egen, at foreldrene vil vende tilbake selv om de har forlatt barnet og at foreldrene eksisterer selv om de ikke er tilstede. Denne læringen skjer gjennom rutiner og hverdagslige hendelser (for eksempel ved levering og henting i barnehagen). På denne måten opparbeides tillit knyttet til uvitenhet og fravær i tid og rom, noe man tar med seg resten av livet. Dette er blant annet et viktig grunnlag for tillit til abstrakte systemer. (Giddens, 1990)

Tillit kan i dagligtale knyttes til ”a leap of faith”- man tar et sprang inn i det ukjente basert på en tiltro til et positivt utfall av handlingen. Dersom man tar utgangspunkt i mennesker som rasjonelle vesener vil mye av vår handling styres av veloverveide og velbegrunnede valg. Imidlertid er det mange situasjoner der vi ikke har grunnlag for å ta slike valg. Dette kan være knyttet til mellommenneskelig handling hvor vi ikke fullt ut kan vurdere den andres motiver, eller i handlinger som innebærer kartlegging av høy kompleksitet for at den skal kunne betegnes som fullt ut rasjonell. (Det finnes teorier rundt begrenset rasjonalitet som forsvarer handlinger med begrenset kunnskap som grunnlag for rasjonelle valg, men jeg vil ikke gå inn på dette her.) Tillit fungerer som handlingsfremmende i slike situasjoner. Heller enn å la være å handle, setter vi vår lit til systemer eller personer for å oppnå ønsket resultat, selv om vi rasjonelt sett ikke har godt nok grunnlag for dette. Dette er imidlertid ikke uten risiko all den tid tilliten vi viser personen eller systemet kan bli misbrukt.

Luhman ser nærmere på dette. Som forutsetning for at tillit er grunnlag for handling, mener han at handlingen må finne sted i en situasjon kjennetegnet av risiko for tap. Aktøren må ta en risikovurdering ved slike handlinger, men mangler grunnlag for å foreta en rasjonell vurdering. Heller enn å la være å handle for å unngå skuffelse, vil man ved tillitsbasert handling sette sin lit til at person eller system vil innfri dine forventninger. Tillit er slik handlingsfremmende i risikosituasjoner. Handlinger i situasjon preget av sikkerhet, dvs forventning om liten risiko for tap, vil slik ikke være tillitsbaserte men preget av ”confidence” (Luhman, 1988).

Gulbrandsen anvender også risikobegrepet i relasjon til tillit og introduserer ressurskontroll som avgjørende for hvorvidt man foretar tillitsbasert handling eller ikke. En ressurssterk person vil lettere gi tillit fordi man står sterkere rustet til å takle et eventuelt tillitsbrudd da konsekvensene ikke vil være så alvorlige. For eksempel vil ikke en mangemillionær føle et tap på noen hundre tusen som katastrofalt, og vil være mer villig til å satse penger på et risikofylt prosjekt med en forventning om høy avkastning. Motsatt vil ressursfattige personer være mindre villige til tillitsbasert handling, da følgene ved tillitsbrudd kan ramme hardt. Makt kan forstås som kontroll over ressurser, og makt kan på denne måten være avgjørende for om man vil gi tillit eller ikke (Gulbrandsen, 1978, 2000).

3.4.3 Hvordan sikre seg mot tillitsbrudd?

Som vist over har personer ulike utgangspunkt for å gi tillit. Samtidig er tillit viktig da dette virker handlingsfremmende i en verden der vi ikke har full oversikt over grunnlag for og utfall av valg vi tar. Kontrollmekanismer for å redusere risiko ved tillitsbasert handling er derfor nødvendig. Putnam (1993) viser til at tillit etableres og forsterkes ved gjentatte handlinger i sosiale nettverk hvor det lønner seg å vise seg pålitelig. Gjentakelse som forsterkende element er også Coleman (1990) opptatt av. Han viser til at dersom tillit gis over tid, vil det forankres i moral hos mottaker. Dette betyr at man føler en motvilje mot annet enn å vise seg tillitsverdige. I begge disse eksemplene vil sosiale normer og moral kunne virke som en kontrollmekanisme, da tillitsbrudd straffes ved at man mister langsiktige fordeler i sosiale nettverk eller overstiger barrieren ved å bryte med egen moral. På denne måten vil det å bli vist tillit også styrke giverens syn på mottaker som tillitsverdig, slik at tillit avler tillit. Slik kontroll er i hovedsak personavhengige og basert på uformelle kontrollmekanismer.

3.4.4 Formelle institusjoner og tillitsdannelse

Senere i oppgaven skal jeg belyse helsetjenestebrukeres tillit til helseinstitusjoner, og formelle institusjoners rolle i tillitsdannelse blir derfor viktig.

Flere har argumentert for at vel fungerende institusjoner forenkler tillitsutveksling mellom mennesker. *”Institusjonenes rolle kan for det første være å redusere usikkerhet ved å legge forholdene til rette for at utfallet av bestemte handlinger blir mer forutsigbare. Dette kan skje ved at institusjonene strukturerer aktiviteter slik at bestemte typer atferd rett og slett blir mer vanlig og dermed påregnelig. (...) Institusjonene kan også øke forutsigbarheten i menneskelig mellomværende ved å organisere insentiver slik at bestemte handlingsalternativer blir favorisert.”* (Gulbrandsen, 2000: 77)

Vi kan her snakke om kontrollfunksjoner i form av insentiver- som belønning for ”riktig” atferd og sanksjoner som forebygger tillitsbrudd ved risiko for straff. En generell sosial anerkjennelse av institusjonenes verdier er nødvendig for at slike institusjoner skal kunne være tillitsverdige og gi mening. Borgere må selv anerkjenne institusjonens verdier og stole på at andre borgere gjør det samme. Slik kan institusjoner påvirke borgeres handling. (Offe, 1999). På denne måten kan vi si at det må foreligge en generalisert tillit for at man skal ha tillit til institusjoner.

Jeg har valgt å legge hovedvekt på Sztompkas teori på dette området. Sztompka (1998) argumenterer for demokratiske formelle institusjoner som et sentralt element i forming av en tillitskultur eller generalisert tillit. Med tillitskultur forstås følgende:

“(...) a condition when, apart from any rational calculations of trustworthiness, or individual psychological predilections, people not only routinely tend to, but are culturally encouraged to express a trustful orientation toward society, its regime, organizations and institutions, fellow citizens, as well as their own life-chances and biographical perspectives. (Sztompka, 1998: 21)

Han mener videre at demokratiske prinsipper har et innebygd paradoks: De oppmuntrer til tillitskultur ved å institusjonalisere mistillit. Demokratiske institusjoner er bærere av dette paradokset ved at de på ene siden legger til rette for tillit ved å ivareta borgernes interesser og demokratiske verdier og slik oppmuntrer til tillitskultur, mens de på den annen side viser en forventning om tillitsbrudd og derfor etablerer

institusjonelle kontrollmekanismer. Eksempelvis kommer dette frem i legitimitetsprinsippet: En grunnleggende verdi er at makt skal være legitim, dvs at den har sitt utspring i folkets vilje gjennom frie valg. Samtidig foreligger muligheten til å avsette regjeringer- f.eks slik vi i Norge kan fremme mistillitsforslag mot regjeringen. Det uttrykker en forventning om at regjeringer kan misbruke sin makt og ikke handle ut fra ”folkets vilje”, ergo en institusjonalisert mistillit..

Nettopp ved at velfungerende institusjoner formet av demokratiske prinsipper tar høyde for mistillit på denne måten er de bedre egnet enn andre institusjoner til å legge til rette for tillitskultur blant befolkningen. På den annen side vil demokratiske institusjoners manglende kapasitet kunne medføre en sterk mistillitskultur.

Jeg har her redegjort for institusjoners rolle i dannelse av tillits/ mistillitskulturer.

3.4.5 Verktøy for analysen

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i mistillit. Hva er så konsekvensene av en mistillitskultur? Sztompka (1998: 21-22) har satt opp et sett av 5 typologier som viser ideelle konsekvenser av tillitskultur og mistillitskultur. Jeg vil, sammen med teoriene om tillit over, benytte disse som ramme for å belyse min problemstilling:

Konsekvenser av mistillit for reformens mål om bedret folkehelse.

1. Der tillitskulturer er handlingsfremmende da den reduserer nødvendigheten av å overvåke og kontrollere andres handlinger, vil mistillitskulturer være handlingshemmende, og i ytterste konsekvens gi passivitet.

2. Tillitskulturer oppmuntrer til sosial samhandling, at folk slik utvikler sine sosiale nettverk og øker den sosiale kapital. Mistillitskultur vil motsatt virke nedbrytende på sosial kapital og mellommenneskelige nettverk og kan føre til isolasjon.

3. Tillitskulturer oppmuntrer til toleranse, anerkjennelse av religiøs og politisk ulikhet som legitimt fordi de kan vurderes på en ikke-truende måte. Dette fører også til sivilisert uenighet. Mistillitskulturer mobiliserer defensive holdninger, fiendtlige stereotyper, rykter og fordommer og kan gi xenofobi.

4. Tillitskulturer styrker individers bånd til samfunnet (deriblant institusjoner), bidrar til identitetsfølelse og genererer sterk kollektiv solidaritet som fremmer samarbeid, gjensidig hjelp og en vilje til å ofre noe for andres skyld. Mistillitskultur gir fremmedgjøring og rotløse individer, med en søken etter alternative og ofte illegale identiteter som for eksempel gjenger, mafia osv.

5. Tillitskulturer fører til at transaksjonskostnader ved å gi tillit er betydelig redusert og sjansene for samarbeid økes. Mistillit gir en form for glorie effekt ved at den diffuse mistillitskulturen utvides til å gjelde mellommenneskelige handlinger så vel som relasjoner til utenforstående. I begge tilfeller vil transaksjonskostnadene som følge av behovet for konstant vaktomhet være høye og sjansene for samarbeid redusert.

Disse fem punktene, sammen med teori over, gir meg et verktøy for å drøfte mine funn opp mot problemstillingen, en drøfting som kommer frem i kapittel 6.

4.0 METODE

I dette kapitlet ønsker jeg å presentere metodologiske teknikker jeg benyttet under feltarbeidet, samt drøfte enkelte problemstillinger rundt dette.

Jeg vil fokusere på personlige intervju og observasjon da dette utgjør hovedvekten av datainnsamlingen.

Hele feltarbeidet er basert på en kvalitativ tilnærming med case studie som forskningsstrategi. Jeg hadde begrenset kunnskap om reformen, ingen klar problemstilling og målsettingen var å lære så mye som mulig. Kvalitativ metode er best egnet til å få frem dybde informasjon, nyanser og avdekke ulike sider av et forskningsfelt da det har en åpnere form enn kvantitativ metode. Videre definerer jeg dette som et casestudie, avgrenset i tid og rom. Arbeidet mitt varte til perioden juni-september 1998 med Luangwadistriktet som hovedområde for innsamling av data. Oppgavens grunnlag er i all hovedsak begrenset til situasjonen i Luangwa på det daværende tidspunkt og ikke ment som generalisert fremstilling av reformsituasjonen. Case tilnærmingen er valgt da den er velegnet til å utforske mindre kjente forhold eller fenomener (Andersen, 1990:17), og på denne måten var best tilpasset mitt utgangspunkt.

Selv om oppgaven hovedsakelig er begrenset til funn på lokalt nivå i Luangwaprovinsen var også mye av datamaterialet og bakgrunnsmateriale for reformen innhentet på sentralt nivå i Lusaka. Metodebruk og utfordringer i feltarbeidet varierte og metodekapitlet er derfor inndelt etter sentralt og lokalt nivå. Samtidig vil jeg drøfte min egen rolle i feltarbeidet, dvele ved egne holdninger, roller, forskereffekt og enkelte etiske implikasjoner.

4.1 Feltarbeid i Lusaka

4.1.1 Intervjuer

Lusaka, Zambias hovedstad, er en relativt moderne by og hovedsete for regjeringen og ulike departementer/ministerier. Dette gjelder også MoH, CBoH og andre sentrale institusjoner involvert i helsereformen som Verdensbanken, WHO og Church Mission Association of Zambia (CMAZ). For å tilegne meg kunnskap om reformen og faktorer rundt denne var Lusaka derfor et naturlig utgangspunkt. Jeg startet arbeidet mitt der med en sammenlagt varighet på drøye to måneder.

Informanter på dette nivået var som hovedregel høyt utdannet og behersket engelsk. Jeg så derfor ikke behov for tolk.

Kvalitativ metode i form av personlige intervjuer utgjorde basis for datainnsamling på både sentralt og lokalt nivå. Hovedmålet var som nevnt å lære så mye som mulig om reformen og om politiske, sosiale og økonomiske faktorer rundt dette. Semistrukturerte intervjuer ble derfor benyttet, med en intervjuguide som mal. Informantene sto slik relativt fritt til selv å kunne vektlegge det de mente var viktig samtidig som jeg fikk dekket forhåndsdefinerte punkter.

Intervjuguiden ble fortløpende endret og tilpasset min økende kunnskap om reformen og den aktuelle situasjonen i Zambia, jfr traktprinsippet der man starter åpent for etter hvert å innsnevre mot kjernepunkter (Repstad 1996:38).

Manglende kunnskap om disse to punktene preget nok de første intervjuene negativt ved at viktige oppfølgingsspørsmål ikke ble stilt. Potensielt viktig informasjon kan slik ha gått tapt. Tema for intervjuene berørte også politisk sensitive områder, noe som i særlig grad fordret god kjennskap til situasjonen for meg som intervjuer.

Gjennom uformelle samtaler med personer som hadde god kunnskap om reformen og Zambias situasjon, og bred tilgang på offentlige dokumenter om reformen, ble min kompetanse raskt bedret og intervju kvaliteten høynet med henblikk på form og innhold.

4.1.2 Portåpnere

Personer som har bred kunnskap om og nære bånd til området man ønsker å studere kan forenkle både tilgang til informasjon og gi innpass i de sosiale nettverk man ønsker å studere/hente informasjon fra.

Slike nøkkelpersoner kalles derfor ”portåpnere” eller nøkkelinformanter. På den annen side kan portåpnerens versjon av virkeligheten farge feltarbeidet dersom man i stor grad er beroende på hans eller hennes bistand. Portåpnerens informasjon og kunnskap om et gitt tema, hjelp til å finne kilder, informanter og intervjuobjekter er viktig bistand i et for forskeren ukjent farvann, men portåpneren kan gjennom dette styre mye av informasjonen som fremkommer. Det kan være en balansekunst å navigere mellom ønsket om uavhengig og objektiv jobbing i felten og avhengigheten man som forsker har til portåpner. Bare noe så enkelt som å be portåpneren forlate rommet under intervju vedkommende har arrangert kan sette dette samarbeidet i fare da man risikerer å fornærme portåpner. På den annen side vil portåpnerens tilstedeværelse kunne prege informantens respons under intervjuet grunnet relasjon portåpner-informant. Dette kan i stor grad sammenlignes med forskereffekt, dvs at forskerens tilstedeværelse og selve intervjusituasjonen vil farge intervjuet og data da dette ikke er en naturlig situasjon.

Mange informanter ønsker for eksempel å svare ”riktig” –dvs det de tror forskeren ønsker å høre. På lignende måte vil en portåpners tilstedeværelse kunne styre svar i en gitt retning, eller hemme informanten i fritt kunne gi egne synspunkt på saken avhengig av relasjonen mellom portåpner og intervjuobjekt. Eksempel på en slik situasjon kan være dersom portåpner er intervjuobjektets sjef.

Jeg benyttet min far in absentia som portåpner i både Lusaka og Luangwa. Han hadde en sentral nøkkelrolle i reformarbeidet fra 94-97 og hadde slik bred kjennskap til reformen og et stort kontaktnett. Dette viste seg verdifullt for meg da jeg raskt fikk knyttet viktige kontakter og tidlig hadde tilbud om intervjuer med sentrale personer i reformen.

Min far hadde avsluttet arbeidet med reformen og oppholdt seg ikke lenger i landet, slik at jeg kunne unngå enkelte av de metodologiske problemstillingene ved portåpner

problematikken som nevnt over. Fordeler og ulemper fremkom likevel. Ved å benytte seg av allerede eksisterende tillitsrelasjoner kan man fjerne barrierer til tilgang i feltet (Lofland, 1984:25). Å bruke min fars navn som referanse førte som hovedregel til positiv respons og høy grad av velvilje selv i toppolitiske kretser. Dette ga meg mulighet til å intervju sentrale personer i reformsammenheng (eksempelvis sentrale personer i helseministeriet).

Videre opplevde jeg portåpnereffekt ved at intervjuobjektene utviste stor grad av tillit under intervjuene og hadde ofte meget høy grad av åpenhet mht informasjon. Det førte også til en avslappet og hyggelig atmosfære.

På den side kunne referanse til min far vise seg som en hindring i enkelte situasjoner. Han hadde arbeidet tett med flere av de jeg intervjuet, og enkelte viste seg skeptiske til meg på grunn av forholdet de hadde til min far. Muligens hadde arbeidsforholdet deres vært problematisk og ofte så jeg at min fars arbeidsoppgaver og målsettinger kan ha kommet i konflikt med tilsvarende for intervjuobjektet. De dette gjaldt kan derfor ha sett på meg som min fars ”sendebud”, og identifisert meg med hans ideer og arbeid. Under slike intervjuer er det klart at dette kan ha påvirket tillitsnivå og åpenhet, med de følger at intervjuobjektene var restriktive i sine vurderinger og generelt tilbakeholdne, gjerne ved å kun holde seg til den offisielle versjonen av reformhistorien.

4.1.3 Valg av respondenter

I hovedsak var valg av respondenter vurdert ut i fra personers rolle i reformen på sentralt nivå. Som nevnt over hadde min far et bredt kontaktnett på denne arenaen, noe jeg benyttet for å komme i kontakt med informanter. De fleste respondentene hadde kjennskap til min far og han hadde laget en oversikt over egnede intervjuobjekter. I tillegg spurte jeg respondentene om det var andre personer eller institusjoner de mente jeg burde kontakte. Med denne snøballmetoden (Weiss, 1994) fikk jeg god tilgang til respondenter i sentrale posisjoner, samt en bredde i utvalget av respondenter som kunne belyse reformarbeidet fra ulike hold.

Jeg intervjuet personer fra ministeriet, CBoH, WHO og andre sentrale samarbeidspartnere som bl.a. SIDA og DANIDA. Totalt gjennomførte jeg om lag 15 intervjuer på sentralt nivå.

4.1.4 Motstand

Selv om jeg i hovedsak var overveldet av den positive responsen og velviljen jeg møtte under vårt arbeid i Lusaka, var det enkelte institusjoner som viste seg svært reservert og vanskelig tilgjengelige. Jeg kontaktet Verdensbankens kontor i Lusaka flere ganger for tilgang på generelle offisielle dokumenter, men ble bokstavelig talt avvist i døren. Til slutt fikk jeg komme inn i resepsjonen hvor jeg ble tildelt to små firesiders informasjonsblanketter om Verdensbankens politikk. Verdensbanken var en sentral samarbeidspartner i helsereformen, men jeg ble likevel nektet tilgang på dokumentasjon i saken. Det er klart at den betente situasjonen mellom Verdensbanken og Zambisk regjering grunnet Verdensbankens frysing av midler til Zambia kan ha bidratt til denne tause holdningen.

Tilsvarende motstand møtte jeg ved kontakt med det offentlige kontoret for antikorrupsjon i staten (Anti Corruption Commission). Det tok også her flere dager og forsøk å komme innenfor dørene, og igjen var det svært lite informasjon å hente om korrupsjon i Zambisk byråkrati. Ingen var villige til å la seg intervju. Imidlertid kom det frem etter litt prat at de fleste var redde for å uttale seg om temaet, all den tid de som ansatte i kommisjonen fryktet at deres ord ikke begrenset seg til kun uttalelser men kunne tolkes som alvorlige offisielle anklager. Kritikkk av offentlige ansatte og regjeringsinstitusjoner på en slik måte kan være farlig i Zambia da risikoen er høy for represalier gjennom sanksjoner (som for eksempel å miste jobben) da hovedvekten av slike institusjoner er preget av korrupsjon.

4.1.5 Tillit

I enhver intervjusituasjon er et visst nivå av tillit nødvendig. Som en tommelfingerregel kan det hevdes at jo høyere grad av tillit, jo bedre kvalitet på

intervjuet. Man løper stadig risiko for at respondentene lyver eller nekter å kommunisere. Med fravær eller lav grad av tillit vil denne risikoen økes.

For å opprette tillit under intervjusituasjonen startet jeg intervjuene med å en bred presentasjon av meg selv, min rolle og mitt formål, samt å forsikre om respondentens anonymitet. Jeg valgte også å åpne med ”ufarlige” spørsmål om reformen generelt og respondentens rolle i denne, før jeg beveget meg over på mer kontroversielle og sensitive tema.

Denne teknikken fungerte stort sett tilfredsstillende da både jeg som intervjuer og respondentene fikk ”varmet opp” og etablert kontakt før hoveddelen av intervjuet skulle gjennomføres.

Enkelte av intervjuene var påvirket av lav grad av tillit og en anstrengt atmosfære. Dette kan ha sammenheng med bruken av min far som referanse og portåpner, manglende grad av tillit til anonymitetsforsikringen da jeg benyttet båndopptaker ved alle intervjuer i Lusaka, samt den politisk anstrengte situasjonen som gjorde kritiske uttalelser farlig for den enkelte respondent. Det er klart at validiteten og kvaliteten på data fra disse intervjuene kan utgjøre feilaktig grunnlag for analyse av reformen og situasjonen i Zambia.

4.1.6 Båndopptaker

Fordelen ved bruk av båndopptaker er muligheten for transkribering av intervjuene i sin helhet og på den måten unngå at eget selektivt minne farger gjengivelsen av intervjuet. I tillegg kan man som intervjuer fokusere på respondentene og intervjuet da man slipper å ta notater.

Hovedutfordringen jeg møtte ved bruk av båndopptaker var respondentenes skepsis. De hadde ingen annen garanti utover mitt løfte om anonymitet, om at informasjonen ikke skulle misbrukes, samt at kassetene skulle oppbevares forsvarlig. Brutte løfter kunne gi alvorlige konsekvenser. Skulle kassetene falle i feil hender kunne i noen tilfeller ha kostet respondentene jobben. Kassetter er ugjendrivelig bevis for en persons uttalelser. Jeg valgte likevel å benytte opptak grunnet høyere datavaliditet. Dette ga økt

krav til tillit i intervjusituasjonene så vel som strengere sikkerhetshensyn ved oppbevaring av datamaterialet.

Båndopptak viste seg også å gi andre og uventede ulemper. Det viste seg å bli vanskelig å transkribere opptakene uten notater. Jeg hadde undervurdert Zambieres utstrakte bruk av kroppsspråk og annen meningsbærende nonverbal kommunikasjon, jfr mimikk, klapping i hender og andre lyder. På opptaket var dette usynlig, eller kunne være vanskelig å sette inn i den opprinnelige kontekst som ga lyden mening.

Videre var de fleste kontorlokaler i Lusaka bygget i betong og sparsomt møblert, noe som ga sterk gjenklang i rommet. Lyder som bakgrunnsstøy, klapping mv ble forsterket og overdøvet neste del av intervjuet på opptaket. I tillegg ga språkproblemer og kulturelle språklige uttrykk noen vansker med å forstå hva som ble sagt. Etter å ha blitt oppmerksom på disse problemene valgte jeg å ta korte notater i tillegg til båndopptaker under intervjuene.

4.1.7 Dokumenter

Dokumenter utgjorde en vesentlig del av datainnsamlingen på sentralt nivå. Beskrivelse av de ulike parters roller i reformen, samt reformens design og implementeringsplaner utgjorde hovedvekten av dokumentene. Dette ga meg økt forståelse av politikken, intensjonen og målene for reformen, og ga bredere grunnlag ved gjennomføring av intervjuer og observasjon på både sentralt og lokalt nivå. Jeg fikk en større forståelse både for hva jeg skulle spørre om og se etter.

Dokumentene var deskriptive og politiske, men jeg fant ingen som kastet et kritisk blikk på reformen. Selv evalueringsrapportene jeg fikk tilgang til var overveiende positive til utviklingen i reformarbeidet, til tross for at man normalt kunne forvente enkelte barnesykdommer ved implementering av en så stor omstilling i offentlig sektor. Imidlertid var rapportene fra perioden 91-96, et tidlig stadium i reformhistorien, og det er mulig at kritikkverdige forhold ikke var avdekket på det tidspunktet. De fleste, både Zambiske myndigheter og internasjonale samarbeidspartnere, var optimistiske og positive til reformen. Alle ønsket et vellykket resultat. Kritik av reformen kan derfor ha vært upopulært, og rom for kritisk og

objektiv vurdering av arbeidet kan ha vært lite. Som eksempel på dette kan det nevnes at kontroversielle tema som innføring av egenandeler for helsetjenestebrukerne var utelatt fra evalueringene. Forfatterne av rapporten oppga at de ikke hadde hatt nok tid. I mine funn skulle det vise seg at innføringen av egenandeler var svært kontroversielt da det forhindret folk fra å kontakte helsevesenet grunnet manglede økonomi.

4.2 Intervjuer på lokalt nivå

En av formålene med reformen var en generell oppgradering av helsetilbudet i rurale områder. Jeg valgte derfor å tilbringe en måned på landsbygda for å se nærmere på resultater og implikasjoner av reformen lokalt.

Distriktet jeg valgte var Luangwa som ligger sør-øst i Zambia, om lag en dags reise fra Lusaka. Bakgrunnen for dette valget var at Luangwa hadde sykehus, seks helsestasjoner og dessuten var lokalisert langt unna hovedstaden slik at effekten av nærhet til by var fraværende. Luangwa var også valgt som en av reformens pilot distrikt og det praktiske reformarbeidet i helsesektoren startet allerede i 1993 i dette området. Muligheten for å kunne finne eventuelle endringer som følge av reformen ville derfor være størst her. Det er svært dårlig infrastruktur i området, men distriktet er et av Zambias minste i geografisk utstrekning, noe som gjorde det litt enklere i forhold til fremkommelighet da jeg stort sett måtte gå, sykle eller haike til informantene. Videre hadde min far et etablert kontaktnett i området, noe som forenklet tilgangen til feltet.

Befolkningen er fattig, lavt utdannet og mange er analfabeter. Få behersker engelsk og det lokale språket som benyttes er nyanja. Det var derfor behov for tolk i de fleste intervjusituasjoner. All data fra lokalt nivå er innhentet ved bruk av intervjuer og observasjon.

4.2.1 Jeg- en spion?

Forskereffekt, dvs at forskerens tilstedeværelse i felten kan påvirke data og respondentenes atferd, er et tema jeg viet stor oppmerksomhet i felten. Mine egne

holdninger og fortolkninger i felten og i arbeidet med oppgaven er også sentralt her. Resultatet vil preges av min vinkling av funnene. For å redusere denne effekten er det viktig med en lojal, kritisk og objektiv holdning til datamaterialet, samt en bevissthet rundt det faktum at selve materialet også var påvirket av min tilstedeværelse under feltarbeidet.

Da jeg tidligere har bodd noen år i landet kjente jeg til mange sosiale koder. Å kle seg korrekt er viktig, for eksempel ved å dekke knær og skuldre. I tillegg var det særlig viktig med en formell klesdrakt i Lusaka. Hilsningsritualer og høflighetsfraser var også sentralt. Jeg var slik bevisst fremtoning og atferd for lettere å vinne innpass i feltet og unngå å støte respondentene.

Andres oppfatning av meg som feltarbeider var ikke alltid i overensstemmelse med virkeligheten. Deres egne fortolkninger av min rolle og ikke minst deres tillit til min presentasjon var avgjørende. Det var tilfeldig at jeg oppdaget avvik ved to tilfeller. Flere slike feiltolkninger kan ha forekommet uten at jeg ble kjent med det.

I Luangwa ble jeg innlosjert ved distrikssykehuset som også fungerte som kloster for en polsk nonneorden. Sykehuset var også en av mine hovedfokusområder under feltarbeidet på lokalt nivå, og det å kunne bo der forenklet mye av arbeidet mitt. Jeg kom raskt i kontakt med folk og fikk etablert et nettverk som hjalp meg med intervjuer og tolk, i tillegg til andre praktiske ting som transport (lån av sykkel, haik med annen transport). I tillegg fikk jeg tidlig en god oversikt over hovedutfordringene mht helseproblemer og helsetjenestetilbudet i området. Jeg hadde fri tilgang til å intervju de ansatte ved sykehuset, og fikk kontakt med tolk, DHMT, lokale innbyggere og pasienter fra første dag. Allerede andre dag av mitt opphold hadde jeg startet intervjuer.

Selv om det på de fleste måter var fantastisk å ha base på sykehuset hadde jeg bekymringer i forhold til hvordan dette kunne påvirke informantenes oppfatning av meg som feltarbeider. Ville de se meg i en uavhengig rolle uten tilknytning til sykehuset eller helsereformen? Hvordan kunne dette påvirke folks svar i intervjusituasjoner?

Mitt første intervju var et gruppeintervju med kvinner fra landsbyen ved sykehuset. Siden folk ikke var vant til intervjuer eller meg, var tanken at flere deltakere ville skape en tryggere atmosfære for informantene. Men jeg fikk store problemer med å få kvinnene i tale. Tolken virket flau og jeg var rådvill. Etter en stund forklarte tolken at kvinnene trodde jeg var en spion på oppdrag fra offentlige myndigheter med oppdrag å stenge det lokale sykehuset. Selv om jeg forsøkte å dementere påstandene hadde det liten virkning og intervjuet var ingen suksess.

Ved en annen anledning begynte en respondent å snakke veldig varmt om den norske Fredskorpset og deres arbeid. Hun klarte å inkludere dette i hvert eneste svar hun ga. Til slutt fremgikk det at hun trodde jeg var ”speider” for norske myndigheter som skulle avdekke behovet for bistandsprosjekter i området.

I begge intervjusituasjonene hadde jeg brukt tid på å introdusere meg og forklare mitt arbeid og rolle som student i enkle ordelag. Dette fungerte åpenbart ikke. Det kan være ulike faktorer som forklarer dette. Først og fremst min fremtoning som ung, blond, kvinnelig student fra Norge. Sammen med min studiekollega var vi de eneste hvite i området med unntak av nonnene som drev det lokale sykehuset. Vi var helt klart outsiders i et lite og tradisjonelt samfunn. Forskning hadde aldri tidligere blitt gjennomført i området, noe som kan forklare folks vansker med å forstå mine intensjoner. I tillegg var det faktiske forhold som lå til grunn for feiltolkningene. Frem til 1996 hadde Fredskorpset et lite prosjekt i området. All den tid vi var norske var det kanskje naturlig å se oss i lys av norske bistandsmyndigheter. Antakelsen om at jeg var spion som skulle stenge det lokale sykehuset hadde også fundament i virkeligheten. Reformprogrammets neste trinn var kraftige nedskjæringer på sykehusbudsjettene grunnet effektiviseringsgevinster fra omorganiseringen. Sykehusets kapasitet skulle derfor reduseres fra 100 til 17 sengeplasser. Ryktene om dette var nådd lokalbefolkningen. Min interesse for reformen, i tillegg til min kontakt med de lokale reformmyndighetene, kan lett ha trigget lokalbefolkningens mistanker om spionvirksomhet.

Flere slike feiltolkninger kan ha forekommet uten at jeg ble oppmerksom på det, og forskereffekt sammen med hendelser i samfunnet kan derfor ha farget våre data. Likevel ga intervjuene på lokalt nivå inntrykk av stor grad av sammenheng da

respondentenes svar i stor grad ga samme versjon av situasjonen i Luangwa. I tillegg er det klart at min rolle som student ble befestet etter hvert som folk ble kjent med meg. Mine funn blant lokalbefolkningen ble også i stor grad bekreftet av ansatte i helsesektoren og i reformorganiseringen, både lokalt og sentralt. Jeg har derfor vurdert validitetsnivået som akseptabelt og legger datamaterialet til grunn i min oppgave.

4.2.2 Valg av tolk

Dersom intervjueren selv behersker respondentenes språk er dette langt på vei å foretrekke. I Zambia er det over 70 ulike lokale språk. Nyanja er hovedspråket i Luangwa, et språk jeg ikke er kjent med. Med knapphet på tid var det dessuten ikke aktuelt å lære dette. Jeg måtte derfor benytte tolk i mange intervjuer på lokalt nivå.

Å finne en egnet tolk kan på mange måter by på utfordringer. Tillit til at tolken formidler et mest mulig korrekt bilde av samtalen er avgjørende. Dette fordrer gode språkkunnskaper og at tolken ikke har egen vinning ved å gi en farget fremstilling av data. Det er også viktig at tolken har forståelse for nøytraliteten og taushetsplikten som ligger til denne formidlerrollen.

På samme måte som man snakker om forskereffekt, og jeg tidligere har snakket om portåpner-effekt, kan man sette tolkeeffekt i samme kategori. Tolkens sosiale bånd til intervjupersonen(e), tilstedeværelse og opptreden under intervjuet, fortolkning i oversettelsen av hva som sies er viktige faktorer som kan påvirke dataresultatet og kvaliteten på intervjuet. Dette for å nevne noen punkter. Risiko for påvirkningseffekt på data vil derfor øke med tilstedeværelse av tolk i tillegg til forsker. Bevissthet rundt dette er derfor viktig i rekruttering av tolk.

Mine refleksjoner rundt valg av tolk var påvirket av flere variabler. Det var først og fremst i intervjuer med landsbybeboerne jeg hadde behov for en oversetter. Blant disse fokuserte jeg utvalget på kvinner, blant annet for å unngå kjønnsbarrierer i intervjusituasjonen. Imidlertid er det oftest kvinner som har størst mangel på utdanning og derfor behersker engelsk svært dårlig. Det var derfor viktig at tolken jeg ansatte både var kvinne og hadde god kjennskap til lokalspråket. I tillegg var det avgjørende at tolken ikke hadde nær tilknytning til sykehuset eller andre helseinstitusjoner i

distriktet. Dette for å unngå ytterligere identifisering med sykehuset og reformansatte i intervjusituasjonene, da jeg som tidligere nevnt allerede løp den risikoen på egne vegne. For å unngå for nære sosiale bånd mellom tolk og respondenter ønsket jeg også å ansette en tolk fra en annen landsby enn den jeg gjennomførte intervjuene i.

4.2.3 Min tolk Jennifer

Gode intensjoner til tross, det ble i realiteten et ”tvunget” valg av tolk. Sykehusansatte anbefalte en person fra nærmeste landsby på det varmeste, og de hadde faktisk allerede avtalt med henne at hun skulle få jobben. Nonnene sa også klart fra om at tolkkandidaten var i en desperat situasjon, med sterkt behov for inntekt. Jeg hadde bare vært på sykehuset et par dager og det var svært viktig å bygge opp og opprettholde det gode samarbeidet jeg hadde med de ansatte der. Å forkaste deres forslag, og samtidig indirekte avslå å hjelpe en kvinne i nød kunne påvirket dette forholdet negativt. Jeg ville ikke ta den risikoen og fulgte derfor deres anbefalinger.

Kvinnen jeg ansatte het Jennifer. Engelsken hennes var forholdsvis god, nyanjaen flytende. Hun hadde ingen tilknytning til det lokale helsevesenet. Hun var enke og sammen med sine to barn, sin gamle mor, en AIDS syk søster og hennes spedbarn bodde hun i landsbyen like ved sykehuset. Som eneste arbeidsdyktige voksenperson i husholdningen forsørget hun hele familien. Grunnet et tradisjonelt arvesystem i landsbyen hadde de ikke krav på dyrkbart land da de var innflyttere i området. Jennifers hovedinntektskilder var ølbrygging, strikking og salg av brensel. Dette er et fattig område, men denne familien var fattige selv etter lokale standarder. Å skaffe nok mat samt å dekke utgifter til behandling av søsteren var derfor Jennifers største bekymring.

Det er klart at hennes erfaringer og holdninger sannsynligvis hadde en effekt på intervjusituasjonene der hun ble benyttet som tolk. Som person fremsto hun som en sterk kvinne med klare synspunkter formidlet med høyt stemmevolum. Jeg fant at hun var svært opprørt over helsetilbudet og at hun anså DHMT ansatte som korruperte. Hun var også fortvilet over sin egen situasjon og la mye av skylden for denne på landsbyboerne da hun hevdet at tribalisme og nepotisme var mye av årsaken til at hun

slet. Siden hun selv ikke var fra området eller hadde andre familieband der, kunne hun ikke dra nytte av de beskyttende sosiale mekanismene i den lokale stammekulturen. Dette bidro til forverring av hennes allerede vanskelige situasjon.

Hennes frustrasjoner og til tider dominante fremtreden ga meg hindringer i intervjusituasjoner. Selv om hun var instruert i å holde personlige synspunkter for seg selv og ikke delta som aktiv part i intervjuene utover oversetterrollen, oppdaget jeg at hun i oppstarten hadde problemer med dette. Etter noen episoder med påfølgende korreks, fungerte ting mye bedre.

I forhold til meg var hun veldig underdanig, sannsynligvis fordi jeg var hennes arbeidsgiver. Hun virket veldig opptatt av å tilfredsstille mine behov og strebet etter å følge mine instruksjoner. Dette var på mange måter en positiv arbeidsmoral, men samtidig var hun veldig redd for å fornærme. Dette påvirket informasjonen hun formidlet da hun ofte silte ut ting hun trodde kunne virke negativt og fornærmende. Dette ble oppdaget i intervjuet der respondentene trodde jeg var spion, da hun var flau over å måtte formidle dette og derfor tilbakeholdt informasjonen langt ut i intervjuet. Etter forklarende og beroligende samtaler syntes denne problemstillingen også å bedre seg.

Jennifers lave sosiale status kan også hatt en effekt på hennes opptreden i intervjusituasjoner. Hun virket tydelig stolt over oppgaven og oppførte seg ”sjefete” overfor respondenter ved flere tilfeller, ved å beordre dem til å sitte på utvalgte plasser osv. Kanskje dette var hennes mulighet til å ” ta igjen”, å hevde seg litt overfor de samme menneskene som hun ellers var rangert under. Slik oppførsel kan uansett ha virket fornærmende på respondentene og slik påvirket intervjuene. Flere virket negative og svarte motvillig på spørsmål, og Jennifers handlinger kan ha bidratt til dette.

Som medlem i samme samfunn som vi gjennomførte intervjuene, fungerte Jennifer også som en portåpner/nøkkelinformant. Hun delte mye informasjon om hvordan livet og samfunnet fungerte med meg, og ga slik en generell introduksjon til mitt fokusområde på lokalt nivå. Videre arrangerte hun to gruppeintervjuer og et individuelt intervju, i tillegg til å introdusere oss for overhodet i nabolandsbyen.

I valget av respondenter utøvde hun en viss grad av påvirkning med tanke på hvem jeg snakket med og hva slags type informasjon jeg ville få. Jeg intervjuet derfor flere lokale innbyggere som behersket engelsk, og arrangerte selv intervjuer med Jennifer som tolk for slik å unngå at denne tolkeeffekten farget materialet i for stor grad.

Jeg har nå pekt på flere problemområder knyttet til tolkens rolle i feltarbeid. I hovedsak vil jeg likevel hevde at Jennifers tilstedeværelse var positiv med tanke på tillit i intervjusituasjonen. Det at respondentene kjente henne kan ha gitt en langt mer avslappet intervjusituasjon enn om hun ikke var til stede. At de i det hele tatt dukket opp var mye takket være henne, da de ellers hadde mer enn nok arbeid å gjøre. Respondentene viste seg dessuten svært skeptiske til meg og min rolle. I all hovedsak ville jeg hadde hatt store vansker med å intervju lokalbefolkningen uten Jennifers medvirkning som portåpner og tolk. Ved å sammenligne data fra intervjuer med og uten tolk fant jeg høy grad av korrelasjon, og mitt hovedinntrykk er at materialet i hovedsak gjenspeiler folks egne oppfatninger heller enn Jennifers.

4.2.4 Valg av respondenter på lokalt nivå

Det var tre hovedgrupper som utpekte seg som aktuelle respondentgrupper i Luangwa: brukere av helsetjenestetilbudet, ansatte i helsesektoren og ansatte samt andre deltakere i den lokale reformadministrasjonen.

Blant brukergruppen valgte jeg kvinner fra de omkringliggende landsbyene som respondenter. Dette fordi kvinner har hovedansvaret for omsorgsarbeidet i familien og derfor i størst utstrekning bruker og kjenner helsetilbudet. Jeg antok også at de ville vise større engasjement og kunnskap i forhold til hvordan dette tilbudet fungerte. Videre antok jeg at jeg som kvinne lettere ville kunne etablere en god intervjuetting med kvinner som respondenter. Eventuelle kjønnsbarrierer ville heller ikke bli et tema.

Når det gjaldt ansatte i helsesektoren valgte jeg å intervju på tre nivå: ansatte ved sykehuset, ansatte ved helsestasjonene og lokalt helsepersonell i landsbyene. Den lokale reformadministrasjonen (DHMT) hadde 6 ansatte og jeg intervjuet derfor lederen og en av de ansatte. Medlemmer av lokale helseråd ble også intervjuet (District Health Board, Health Centre Committees og Neighbourhood Committees).

I tillegg gjennomførte jeg en rekke intervjuer med personer som hadde innflytelse i lokalpolitiske saker, som for eksempel ”village chiefs” og medlemmer av lokale stammeråd.

Totalt gjennomførte jeg ca 20 intervjuer med tilsammen rundt 35 respondenter på distriktsnivå.

4.2.5 Observasjon

I Luangwa var jeg hele tiden deltaker i miljøet rundt meg, og deltakende observasjon er derfor betegnelsen på resultatene av data jeg tilegnet meg på denne måten.

Som metodologisk teknikk er ikke bare tilstedeværelse tilstrekkelig. Man må også være seg bevisst det man registrerer av sanseinntrykk i en gitt observasjonssituasjon.

Som deltakende observatør er det også her stor fare for at ens tilstedeværelse og holdninger påvirker omgivelsene og slik også data. Bevisstheten rundt min rolle som observatør var konstant og jeg viet dette særlig fokus i nøkkelsituasjoner som for eksempel ved besøk på helsestasjoner.

Supplering av datamaterialet innhentet i intervjuer med observasjon, ga en viktig tilleggsdimensjon og bredde i datagrunnlaget. Etter å ha intervjuet brukere av helsetjenestene, besøkte jeg seks ulike helsestasjoner for å undersøke forholdene respondentene hadde beskrevet nærmere. Ved siden av at dette var eneste tilgjengelige måte å bekrefte/kontrollere respondentenes påstander, ga det meg en større forståelse av hvordan situasjonene faktisk artet seg.

På helsestasjonene fikk jeg fritt innsyn i lokalene, snakket med helsepersonell og ble vist medisinlager og rutiner. Respondentene klaget over manglende medisiner, og der fikk jeg se de tomme hyllene på medisinlagrene. Jeg ble fortalt at sykehuset slet økonomisk, men forsto dette først fullt ut da jeg observerte hvordan rengjøringspersonell brukte aske til gulvvask fordi sykehuset ikke hadde penger til vaskemidler. Lokalbefolkningen var blant Zambias fattigste, men omfanget av dette kom tydeligst frem da jeg betalte tolken. Jeg ga henne en fornuftig betaling etter Zambisk standard, og hun begynte å gråte og kysset hendene mine. Det kom frem at hun og familien ikke hadde spist på to døgn og at disse pengene ville berge familien

gjennom neste måned. Da jeg delte ut små ”deltakergaver” til respondentene etter et intervju brøt det ut voldsom slåsskamp da en mann forsøkte å stjele en av gavene. Hele oppstyret dreide seg om en halv kilo salt. Bilder som dette ga meg en dypere innblikk i hvor desperat situasjonen var. Den nyinnførte egenandelen for brukerne av helsetjenester tilsvarende 1 norsk krone ville ofte være umulig for lokalbefolkningen å betale.

Ved å følge DHMTs arbeid med polioimmunisering, lærte jeg at deres hovedproblem var svært lave oppmøteprosenter ved vaksinasjonsprogrammet for barn. Folk var overbevist om at vaksinene ga AIDS eller førte til impotens, og nektet derfor å la barna vaksineres. Dette var en av mange opplevelser som viste hvilken grad av tillit helsetilbudet nøy blant lokalbefolkningen. Jeg lærte også mye om DHMTs praktiske utfordringer. Langvarig mangel på diesel stanset utdelingen av poliovaksiner til flere områder. Elektrisitet var som hovedregel ikke installert, noe som gjorde nedkjøling og korrekt oppbevaring av vaksiner og andre medisiner vanskelig. Ofte ble medisiner raskt ødelagt. Telefoni eksisterte heller ikke, slik at det ikke fantes effektive måter å varsle DHMT om problemer, som for eksempel mangel på medisiner. Dette ga meg en økt forståelse for DHMTs utfordringer i tillegg til en ny dimensjon rundt folks frustrasjon som ofte ble rettet mot DHMTs medarbeidere.

Observasjon ble utført som en naturlig del av oppholdet i Luangwa, og dagens opplevelser og inntrykk nedtegnet hver kveld, eller på stedet. Ved å veksle mellom intervjudata og observasjonsdata forsøkte jeg å kvalitetskontrollere mine inntrykk slik at de ikke i for stor grad skulle farges av egne holdninger og fortolkninger. Som hovedregel hang dette datamaterialet nært sammen, og jeg vurderer det derfor som valid og anvendbart i denne oppgaven.

4.2.6 Intervjumetoder

Personlige semistrukturerte intervjuer var hovedtilnærmingen i lokale intervjuer. Alle spørsmålsformuleringene ga åpne svar. Denne teknikken åpner for at intervjueren kan følge det sporet man ønsker basert på respondentenes svar i intervjusituasjonen. Dette kan åpne for helt ny informasjon som ved et strukturert intervju ville blitt utelatt

grunnet mer bundne spørsmål og svar kategorier. All den tid jeg hadde liten forhåndskunnskap om de lokale forholdene var det viktig å lære så mye som mulig og unngå risikoen av å utelate potensielt viktig informasjon. Grunnlaget for å lage strengere intervjustruktur var heller ikke godt nok gitt mitt lave kunnskapsnivå.

Samtidig som teknikken åpner for nye veier i intervjuer, sikrer den at man berører faste spørsmål eller kontrollpunkter i hvert intervju. Dette er hensiktsmessig da man unngår for store avvik i spørsmålsformuleringene/tema man berører innen hver respondentgruppe. Det sikrer også at forhåndsdefinerte hovedtema behandles i hvert intervju, og på den måten økes muligheten for komparativ databehandling.

4.2.7 Gruppeintervju

Selv om hoveddelen av intervjuene mine var individuelle, gjennomførte jeg også tre formelle gruppeintervjuer med fire eller flere respondenter til stede. To av disse var med kvinner i aldersgruppen 25-70 som var brukere av helsetjenestene. Valget av gruppeintervjuteknikk var begrunnet med at dette kunne føre til en åpnere og mer avslappet atmosfære blant disse respondentene. Imidlertid var et av disse intervjuet der jeg ble mistenkt for å være spion, en feiltolkning det nok hadde vært lettere å korrigere dersom dette hadde vært et individuelt intervju.

Tredje gruppeintervju var mer tilfeldig. Jeg var invitert med som observatør på en AIDS konferanse for tradisjonelle healere i regi av sykehuset og benyttet anledningen til å invitere de som ønsket å være med på et intervju i pausen.

Om lag 15 personer dukket opp, men mange av disse behersket ikke engelsk og rundt 5 var delaktige i intervjuet. Intervjuet var likevel nyttig, da respondentgruppen skilte seg ut fra øvrige personer jeg tidligere hadde intervjuet. De var menn og hadde sentrale og viktige posisjoner i sine lokalsamfunn, i motsetning til kvinnene i tidligere intervju som i hovedsak hadde lav sosial status. Intervjuet ble gjennomført på engelsk, og vi brukte en av deltakerne som hovedtalsmann og oversetter ved behov. Mennene viste seg å være langt mer villige til å snakke, og intervjuet varte i om lag to timer.

Mesteparten av informasjonen som fremkom i dette intervjuet var av informant karakter med relasjon til den generelle helsetjenestesituasjonen i distriktet.

Når man intervjuer flere personer samtidig vil deltakerne påvirke hverandre, i tillegg til effekten intervjuer og tolk ha på situasjonen. Individuelle personlige intervju ville slik være å foretrekke, da denne tilleggseffekten er fraværende. Men selv gruppemekanismen kan gi negative konsekvenser som restriktive svar, tilbaketrukne respondenter, ”trygge” svar osv, fant jeg at denne teknikken også ga en trygg ramme og forsterket åpenhet i to av de tre intervjuene.

Jeg hadde også begrenset tid i Luangwa, og ved gjennomføring av gruppeintervju fikk jeg tilbakemeldinger og data fra lagt flere respondenter enn hva jeg ellers ville hatt anledning til. Ved å sammenligne data fra individuelle intervju med de fra gruppeintervju, søkte jeg etter mulige konsekvenser av ”gruppeneffekten”. Alt i alt fant jeg lite som tydet på store avvik i datamaterialet grunnet dette, med unntak av ”spionintervjuet”.

4.2.8 Språkbruk

Når man jobber med flere språk kan oversetting mellom disse være problematisk. Språk er i høy grad påvirket av kultur, natur, teknologi og andre lokale forhold i opprinnelsesområdet. Eksempelvis har inuittene mer enn 20 ord for snø, mens man i nyanja ikke kjenner til begrepet.

Mitt språklige utgangspunkt er norsk, og de fleste av mine referanser vil jeg finne der. Arbeidsspråket under feltarbeidet var engelsk, et språk som i høy grad representerer moderne vestlig sivilisasjon. Nyanja på den annen side er et produkt av rurale og tradisjonelle levesett på den fattige Zambiske landsbygda. Med behov for oversetter ble dette en utfordring.

Hovedfokuset under arbeidet var å undersøke respondentenes forhold til helsereformen. Begreper som DHMT, helsesenterkomiteer og lignende viste seg svært vanskelig å formidle da respondentene ikke forsto hva jeg mente og måtte raskt byttes ut med enklere forklaringer som dekket samme betegnelser. Dette kunne imidlertid også bety at sentral informasjon om reformen ikke hadde nådd brukerne, noe som i seg selv var en viktig tilbakemelding . En annen side av dette var at svarene jeg fikk sannsynligvis var lite farget av den offisielle reformpolicyen. Likevel, bevissthet rundt

språk, ordbruk og innhold i spørsmålsformuleringer viste seg avgjørende for intervjukvaliteten. Respondentene var i hovedsak lavt utdannet, noe som la klare føringer på intervju guidene og gjennomføring av intervjuene. Et enkelt språk og korte spørsmål var avgjørende for et vellykket intervju.

4.3 Litt etikk

Som forsker i felten er det vanskelig å unngå etiske dilemma. Om man i tillegg velger et felt som er risikofyllt, som feks. studier av undergrunnsbevegelser, studier i konfliktsoner eller i områder som er potensielt farlige grunnet dårlig infrastruktur, sykdom, kriminalitet o.a. vil man også måtte spørre seg selv "er det verdt det?". Er det verdt å utsette seg selv for fare grunnet et feltarbeid (Lee, 1995) og er det verdt det å begi seg inn på et felt som ikke bare er farlig for deg selv, men hvor ditt arbeid kan utsette dine intervjuobjekter for potensiell risiko (Wolf, 1991)?

4.3.1 Risiko for respondenter

Ved ankomst til Zambia hadde jeg i utgangspunktet en klar problemstilling som skulle belyses, men oppdaget raskt at mange aspekter ved reformen blitt sterkt påvirket av tidligere nevnte økonomiske og politiske problemer på nasjonalt nivå. Dette førte til at jeg anså situasjonen som spesiell i den forstand at den ikke var representativ for reformens utvikling forøvrig. På grunnlag av dette valgte jeg å gå bort fra min opprinnelige problemstilling, og heller forsøke å lære så mye som mulig om situasjonen slik den var i et caseperspektiv.

Å gå bort fra klare problemstillinger og heller basere feltarbeidet på innhenting av mer generell informasjon om situasjonen førte til et etisk dilemma for meg. Metodemessig ble intervjuopplegget mitt delvis skjult. Respondentene ville ikke kunne oppnå informasjon om hvordan intervju materialet skulle benyttes ved å bli presentert med en konkret problemstilling, og kunne i forhold til dette ikke reservere seg mht. egne utsagn. Nødvendigvis måtte min problemstilling utarbeides underveis eller i etterkant av feltarbeidet. Hovedspørsmålet jeg har stilt meg i ettertid er hvordan en

reform basert på demokratiske prinsipper i offentlig sektor kan fungere om det finnes klare mangler i forhold til tillit til det offentlige både internt i det offentlige og blant befolkningen. Denne problemstillingen konsentrerer seg om tillitsrelasjoner, noe ingen av mine informanter var klar over under intervjuene.

Å fokusere på tillit/mistillit kan medføre problemer for flere av mine informanter. Mange var ansatt i ministeriet og andre sentrale organisasjoner, hvor uttrykk for mistillit og kritikk av regjeringen kan føre til at de mister jobben eller møte andre anklager som kan gjøre livet deres vanskelig. Intervjuobjektene på lokalt nivå kan også møte sanksjoner fra både nærmiljø og distriktsledelse.

Spørsmålet om problemstillingen i mitt arbeid må formuleres ut ifra et tillitsperspektiv når dette kan vise seg skadelig for respondentene er også absolutt relevant. Ulike former for tillit og mistillit går som en rød tråd gjennom mitt datamateriale, og jeg mener å kunne forsvare mitt valg av problemstilling på grunnlag av at så mange respondenter frivillig har ytret seg om temaet. Videre anser jeg det som viktig i relasjon til reformen, hvordan den har utviklet seg, og hvilke sentrale problemer den sliter med.

Punch (1994) dveler også ved problematikken rundt et skjult eller delvis skjult opplegg fra forskers side. Han behandler etiske aspekter som oppstår når forsker unnlater å informere sine objekter helt eller delvis om forskningens mål, eller om forskningen i det hele tatt og konkluderer med at dette er uetisk, men likevel nødvendig i enkelte tilfeller. Konsekvensene av denne tilnærmingen til feltet når oppdraget blir kjent kan være ulike reaksjoner mot forskeren fra respondentenes side (vold, saksøking osv), samt at videre forskning på samme eller liknende miljø kan bli vanskelig å gjennomføre for andre grunnet forskningsobjektene tidligere dårlige erfaringer med dette. På den annen side argumenterer Punch for at en slik tilnærming i mange tilfeller er nødvendig for at prosjektet i det hele tatt skal kunne gjennomføres, og at viktig informasjon skal kunne komme frem.

I mitt tilfelle ble ikke informasjon bevisst tilbakeholdt ved intervjuing, ettersom jeg ikke hadde klarlagte problemstillinger. Det er som nevnt først ved valget av problemstilling i ettertid at dette har blitt et dilemma. I noen henseender er det kanskje like greit at ikke problemstillingen var kjent ved intervjuene, siden temaet nok ville

avlet andre svar og langt mer forsiktige holdninger fra respondentenes side. På denne måten har jeg fått tilgang på viktig informasjon jeg sannsynligvis ville mistet om problemstillingen var kjent. Men det er nettopp på grunn av dette at det blir et problem: respondentene ville reservert seg om problemstillingen var kjent.

En enkel måte å løse dette på ville være å kontakte respondentene for å få godkjenning til å bruke materialet i forhold til min problemstilling. Dette kan imidlertid vise seg vanskelig av flere årsaker. Flere av mine informanter hadde utviklet AIDS og mange er nok døde i dag da Zambia ikke tilbyr livsforlengende behandling for denne sykdommen. I tillegg vil det være svært kostbart og tidkrevende for meg å oppsøke disse menneskene igjen.

Jeg har derfor valgt følgende løsning: Å anonymisere alle kilder i den grad det er hensiktsmessig. Dette innebærer at alle navn er fjernet og erstattet med tall. Jeg har likevel valgt å beholde referanse til rolle da dette er relevant i forhold databruk i oppgaven. Muligheten for at sitater skal kunne kobles mot et enkelt intervjuobjekt er slik redusert betraktelig. Med dette finner jeg det forsvarlig å bruke tillitsperspektivet som et fokus i min hovedoppgave.

4.3.2 Risiko for portåpnere

En annen side av problemstillingen er at dette kan påvirke portåpnere jeg benyttet under feltarbeidet. En av disse er min far som tidligere arbeidet i Zambia med reformen gjennom en donororganisasjon. De fleste jeg intervjuet visste hvem han var. På grunn av deres tillit til min far opplevde jeg å få intervjuer jeg tviler på at jeg ellers ville fått. Intervjuobjektene var velvillige mht. å besvare spørsmål og ga informasjon som kunne være skadelig for dem om de havnet i feil hender. Ved at jeg i dag skriver om tillitsrelasjoner kan virke støtende for intervjuobjektene om dette skulle bli kjent. Det kan hende de vil føle seg lurt. Dermed vil dette indirekte kunne slå tilbake på min far som fremdeles arbeider med bistand i Afrika hvor en viktig del av hans arbeide er oppbygging av tillitsrelasjoner til sentrale instanser.

Tolken Jennifer fungerte som nevnt også som portåpner på lokalt nivå. Jeg har tidligere forklart hvordan hun befant seg nederst på den sosiale rangstigen i

lokalsamfunnet, noe som gir en potensielt utsatt posisjon for anklager og utestenging. Ved å fungere som tolk for oss kunne hennes situasjon blitt ytterligere presset, men hun så det selv som en ære og var glad for inntekten det ga henne.

Likevel gir det grunn til ettertanke. Kritikk mot lokalsamfunnet, helsestasjonene, sykehuset og distriktsledelsen som kommer frem i min hovedoppgave vil nødvendigvis slå tilbake på henne om det blir kjent. I prinsippet er alle ord hennes siden hun oversatte ved intervjuene. Sanksjonene hun kan møte er sterke. Vi intervjuet kvinner som hadde blitt anklaget for hekseri og dermed blitt utestengt fra familien og lokalsamfunnet. Det samme kan skje vår tolk. Videre er det vanlig praksis gjennom "witchcraft" å utpeke upopulære personer i lokalsamfunnet som besatte av onde ånder (machawe), noe som kan medføre at vedkommende i verste fall blir drept grunnet frykt for at de onde åndene kan påvirke resten av landsbyen. Siden vår tolk i utgangspunktet stiller svakt, har hun ingen beskyttelse mot slike sanksjoner.

Ingen som driver feltarbeid på landsbygda i slike kulturer kan beskytte sine respondenter og portåpnere 100% mot denne type reaksjoner. Kritikken som kom frem under intervjuene var svar på klare spørsmål om tillit og kritikk fra min side. Jeg var samtidig påpasselig med at spørsmålene var korte og lettfattelige for at respondentene skulle forstå dem. Informasjon om min rolle og hva materialet ville brukes til ble gitt. På den måten var opplegget ikke skjult, og informantene valgte selv å svare.

Anonymisering av materialet er en måte å beskytte portåpnere mot sanksjoner på, men kan vise seg vanskelig. Det klart at dette er et lite bygdesamfunn hvor det faktisk at to unge norske jenter kom for å intervju folk er en hendelse som vil bli husket. Dermed er det vanskelig å anonymisere kildene slik at de ikke kan gjenkjennes av andre- alle husker nok godt hvem jeg pratet med. Likevel, kilder og sitater vil bli anonymisert i så stor grad som mulig. Forhåpentligvis er dette tilstrekkelig for å unngå at anklager rettes mot tolken eller min far om denne oppgavens innhold skulle vise seg upopulært.

4.3.3 Egen risiko

Sammen med min studiekollega opplevde vi som forskere at feltet vi valgte førte til ulike former for risiko.

For det første oppholdt vi oss i Lusaka, en by med svært høy kriminalitet. Alle med råd til det hadde væpnede vakter ved husene sine, som også var utstyrt med alarmer, vakthunder og høye murer dekorert med piggråd eller glasskår. En noe eksentrisk Luasaka innbygger hadde sågar en løve som vakthold inntil den døde for noen år siden. Gjennom kontakter min far hadde, fikk vi låne et hus av et svensk ektepar med alle sikkerhets tiltak installert (unntatt løven), og var på den måten svært privilegerte. Men selve det faktum at alt dette sikkerhetsutstyret var nødvendig førte til at vi mer enn en natt tok runder i huset med golfkøller som våpen for å sjekke at ingen var der. Selv om vi hadde væpnet vakt, visste vi at han tjente alt for lite til at han ville risikere livet for å beskytte oss. Samtidig ble et væpnet ran gjennomført tre hus bortenfor hvor vekten ble alvorlig såret. De som bodde i huset var heldigvis bortreist. Andre historier om væpnet innbrudd florerte, og de fleste hvite bosatt Lusaka hadde opplevd dette og mange bar håndvåpen. På mange måter førte vissheten om at noe kunne skje til frykt og stress hos oss, og jeg sov ikke tungt de to månedene vi bodde der.

Transport mulighetene utgjorde også en fare. Vi hadde ikke råd til å leie bil, og benyttet oss av lokale transportmidler som buss og taxi. Ellers gikk vi til fots. Siden det er mulig å kjøpe seg sertifikat i Zambia uten å måtte avlegge noen kjøreferdighetsprøve, var det flere trafikkfarlige situasjoner vi kom opp i som følge av katastrofal kjøring fra taxisjåførens side og/eller andre bilister. I tillegg er den zambiske bilparken av generelt dårlig standard.

Ved ett tilfelle la vår sjåfør seg ut i feil kjøreretning i rushtiden, med det resultat at tre filer fulle av biler stod på både horn og brems. Det gikk utrolig nok bra. Ved et annet tilfelle tok vi en fullastet minibuss fra distriktet til Lusaka. Vi kjørte 15 mil uten hard gummi på ett av dekkene, da det hadde ramlet av mens vi kjørte i 100 km i timen. De resterende 15 milene bestemte sjåføren seg for å roe farten noe på grunn av dekket, og la seg i 80 km i timen i stedet. Det gikk bra det også. Det var også vanlig at bussjåførene var strekt beruset, noe vi opplevde på to av våre bussturer.

Å gå til fots hadde mange advart oss mot grunnet ran og overfall, men i retrospekt viste det seg å være den sikreste transportmuligheten for oss. Vi opplevde ingen truende episoder, og selv pågående gateselgerne og "blinde" tiggere lot oss være i fred ettersom vi trålet de samme områdene daglig på vei til og fra intervjuer eller innkjøp.

Sykdom og mulighet for medisinsk behandling var også et problem. Zambias helsetilbud ble vi etterhvert godt kjent med, og for oss virket det hasardiøst å måtte ty til dette i tilfelle sykdom eller skade. Vi hadde utstyrt oss med sprøyter og nåler, intravenøst utstyr, malariamedisiner, bandasjer osv. som en liten forsikring mot AIDS og andre infeksjoner om noe akutt skulle skje. Bortsett fra dette var Europeiske Reiseforsikringer vårt eneste håp i tilfelle sykehus behandling.

For oss som to unge, blonde jenter fra Norge hadde også feltarbeidet sine klare farer. Vi reiste alene uten mannlig selskap, noe som tiltrakk uønsket og svært ubehagelig oppmerksomhet ved flere tilfeller.

I all hovedsak kan disse risiko elementene betegnes som "ambient danger" (Lee, 1995: 3) hvor farer som ellers ville vært unngått oppstår ved at forskeren befinner seg i et spesielt område/felt under feltarbeidet. Ut ifra dette var det mange farer som lurte i Zambia, som sannsynligvis ikke ville vært så overhengende i Oslo.

Som forskere i intervjusituasjoner kom også helsefare til å spille en viss rolle. I tråd med alle råd vi hadde fått av engasjerte sosialantropologer o.a. på kvalitative feltforsknings kurs drakk og spiste vi av det vi ble tilbudt for å vise respekt og etablere tillit. Ved ett tilfelle ble jeg tilbudt hjemmebrygget øl som bryggeren var tydelig stolt av. Det stod også klart for meg at det var en ære for meg som kvinne å bli tilbudt å smake og det var vanskelig å si nei takk. Vi satt i finhytta og drakk og pratet. Da jeg hadde tatt et par slurker spurte jeg om ikke han også skulle ha, og det viste seg at han hadde bare en finkopp, så den måtte vi dele. Situasjonen ble ikke bedre etter at han litt ut i intervjuet fortalte at han var AIDS syk, og tanken på utallige infeksjoner som hepatitt fra A til C og tuberkulose streifet meg.

Jeg ble kjent med mange tragiske skjebner under intervjuene våre. Et kvalitativt opplegg fører nødvendigvis til en viss grad av nærhet mellom intervjuer og objekt, og vi ble godt kjent med flere av våre intervjuobjekter under oppholdet vårt på

landsbygda. En mor, dødssyk av AIDS, ammet sitt nyfødte barn og fortalte oss om sin frykt for å smitte barnet gjennom morsmelken. Det var den eneste maten hun hadde å tilby barnet, og hadde derfor ingen alternativer. Denne kvinnen ble innlagt på sykehuset mens vi var der, og legene antok at hun hadde få uker igjen å leve. Barnet ville da bli foreldreløst. Andre historier om lidelse, tap, voldtekt, overgrep var gjennomgående under oppholdet vårt. Da vi var i felten gikk dette inn på meg. Til tross for at jeg kjente til disse forholdene fra før, ble jeg smertefullt klar over min egen privilegerte situasjon, og verdens urettferdighet føltes overveldende. At noen opplever depresjon eller andre psykiske stress symptomer under og etter slike opphold er ikke vanskelig å forstå. Som studenter hadde ingen forberedt oss på slike forhold, og jeg tror at noen vil savne mestringsstrategier på dette området.

Disse hendelsene mener jeg kan klassifiseres som "situational danger" (Lee, 1995, s. 3) hvor forskerens tilstedeværelse og/eller handlinger kan utsette forskeren for ulike farer f.eks. helsefare og psykologisk stress/traumer/depresjoner eller fremkalle reaksjoner som aggresjon eller vold fra andre i konteksten.

Å minimere risiko når man er på feltarbeid i slike områder er viktig. (Lee, 1995) I tillegg til å innhente informasjon om hva som er trygt og hva som er farlig fra lokale innbyggere, er det mange andre sikkerhetstiltak man kan gjennomføre.

I vårt tilfelle var mange av sikkerhetstiltakene for dyre. Vi var studenter med dårlig råd og kunne ikke leie bil som kostet 700 kroner dagen eller kjøpe rådyre sykeforsikringer. Samboer/kjæreste hadde ikke råd til å ta seg noen måneder fri for å bli med, så vi reiste uten mannlig følge. Mobilt kommunikasjonsutstyr er dyrt, så vi belaget oss på at radiokontakten sykehuset hadde med Lusaka ville være tilstrekkelig om noe skulle skje.

Min fordel var at jeg selv har bodd i Tanzania og Zambia i til sammen seks år, samt at mine foreldre har oppholdt seg i Zambia de senere årene. Jeg kjente derfor til deler av kulturen og samfunnet, og kunne derfor vurdere mange av faremomentene ved feltarbeidet på forhånd og underveis. Dessuten hadde vi mange kontakter i Zambia som gjorde at vi bodde sikkert og kunne søke råd, hjelp og veiledning. Jeg tror også at om man føler seg trygg på seg selv i et felt og har kjennskap til det kan man unngå mange ubehagelige opplevelser og/eller at disse opplevelsene utvikler seg til å

bli farlige. I tillegg tok vi hensyn til at vi befant oss i en kultur hvor vi ikke hørte hjemme. Vi tonet ned "norskheten" gjennom at vi ikke flørtet, gikk utfordrende kledd eller drakk oss fulle i offentlighet osv. På landsbygda hvor vi var mest utsatt for fare og hvor vi var mer eller mindre hjelpeløse om noe skulle skje, holdt vi oss hjemme etter mørkets frembrudd og var ekstra oppmerksomme på vår egen oppførsel og på situasjoner rundt oss. Vi følte oss ikke engstelige, men tok klare forhåndsrelger. Blant helsetjenestebrukerne intervjuet vi for eksempel hovedsaklig kvinner fordi både vi som kvinnelige intervjuere og respondent gruppen ville føle oss sikrere og tryggere i intervjusituasjonen. Det opplevdes også tryggere å være to på feltarbeidet. Vi backet hverandre opp og samarbeidet hele veien. Dette gjorde oss tryggere på oss selv, i tillegg til at vi både da og i ettertid har hatt en å fordøye opplevelsene med.

Det er viktig å være klar over at et felt kan skjule farer både for forsker og respondenter, og det er nødvendig å gjøre seg kjent med disse. På den måten kan man redusere risiko gjennom tiltak. Er man klar over arbeidet kan være farlig blir man også mer oppmerksom på farene. Selv ved undersøkelser på "kjent og trygg grunn" tror jeg at man kan utsette seg selv/respondenter for risiko ved at man ikke utviser samme oppmerksomhet mot potensiell risiko som i et klart risikofyllt felt.

Å skrive denne oppgaven uten å rette kritikk mot det ene eller andre hold er vanskelig, da mistillit og kritikk gjennomsyrrer materialet fra lokalt nivå. Spørsmålet er derfor om jeg skal være tro mot mine data eller beskytte respondentene. Valget har falt på datamaterialet, men med det sikkerhetstiltak overfor respondentene å anonymisere materialet. Dette innebærer likevel et lite risikoelement for meg. Anonymisering fører til lavere grad av kildesikkerhet ved at det blir det vanskelig for andre å kontrollere mine funn. Dette kan f.eks. føre til anklager om datafabrikkering og annet juks. Dette er likevel noe jeg anser som mindre alvorlig enn at mine respondenter møter sanksjoner som resultat av min hovedoppgave. Både før, under og etter feltarbeidet er det bare jeg som har noe å tjene på dette, og det er derfor viktig å redusere sjansene for at andre skades som følge av mitt arbeid i så stor grad som mulig.

Man bør være forsiktig og utvise godt skjønn i alle former for feltarbeid. Dette er noe jeg tror man lærer best gjennom erfaring, og som student på feltarbeid for første gang lærte jeg mye.

5.0 OM TILLIT I LUANGWA

5.1 Litt om Luangwa

Først litt mer utfyllende om rammen for mitt feltarbeid og området grunnlagsdata er hentet fra.

Luangwa er en liten kommune sørøst i Zambia og grenser til Malawi, Zimbabwe og Mozambique. Fattigdommen er høy, de fleste livnærer seg ved enkelt jordbruk til eget forbruk, fiske og jakt. Gjennomsnittlig levealder er lav, hovedsakelig som følge malaria, tuberkulose, dysenteri og AIDS. Feil/underernæring er en viktig underliggende faktor som gir lavere motstandskraft og slik øker dødeligheten ved evt smitte og infeksjoner. HIV/AIDS har rammet distriktet hardt, mye grunnet geografisk nærhet til hovedveien til Malawi, noe som medfører høyt antall gjennomreisende og slik et blomstrende prostitusjonsmiljø. Smitten har slik spredt seg videre i lokalmiljøet og omfanget av HIV positive og AIDS syke er høyt. Over 700 foreldreløse barn var under Katondwe klosterets omsorg som direkte følge av AIDS i 1998. I et lokalsamfunn med ca 20 000 innbyggere er dette høye tall.

De fleste barn gjennomfører obligatorisk grunnskole, men mange tas ut av skolen for å hjelpe til ved sykdom i familien, i innhøstingsperioder og lignende. Samtidig er analfabetisme svært blant de voksne i lokalbefolkningen og de færreste behersker Zambias offisielle språk engelsk.

Det er veldig dårlig infrastruktur i området. En gruslagt hovedvei går gjennom provinsen, det er ingen offentlig kommunikasjon og kun en håndfull biler som i hovedsak eies og disponeres av det offentlige. Tilgang på drivstoff er varierende. De aller færreste har innlagt vann og strøm. Generatorer er hovedkilden for strømtilførsel, noe som fører til varierende tilgang da disse er avhengig av drivstoff.

Tradisjonell religion og kristendom er de to sentrale trosretningene i området, og praktiseres gjerne side om side.

Dette lokalsamfunnet skiller seg noe fra de øvrige provinsene i Zambia. Grunnet lavt innbyggertall og spredt bosetning er det ingen by i området, kun en bygd noe større enn de små landsbyene. Bygden heter Boma og ligger om lag 5 mil fra

sykehusets plassering. Offentlige kontor som post og offentlig administrasjon er lokalisert i Boma men tilbudet er på et begrenset nivå i sammenligning med et by tilbud. Adgang til offentlige tjenester som for eksempel postkontor er derfor vanskelig for de fleste innbyggerne, både grunnet fravær av tilbud og geografi/reisevei. Videre ligger distriktet ca 50 mil fra hovedstaden Lusaka og slik langt unna beslutningstakeres miljø. Innbyggerne i området er hovedsakelig av annen stammetilhørighet enn presidenten og regjeringsmedlemmer på dette tidspunktet, i motsetning til flere av provinsene nord i landet. Det var ingen internasjonale bistands og hjelpeorganisasjoner som drev prosjekter i området. Innflytelse til sentralt nivå gikk derfor i hovedsak gjennom lokalpolitikere og offentlige tjenestemenn i provinsen. Jeg minner samtidig om beskrivelsen av situasjonen i Zambia på case tidspunktet under kapittel tre.

Disse faktorene påvirker og danner rammer for både implementeringen av helsesektorreformen og for datagrunnlaget i dette casestudiet, og jeg vil dvele ved enkelte av disse i presentasjonen av mine funn.

5.1.1 Sentrale spørsmål

Min hovedproblemstilling er hvordan mistillit kan innvirke på helsereformens hovedmålsettinger: Økt levealder og redusert barnedødelighet gjennom brukernærhet og effektivisering av lokale helsetjenester.

Økt grad av eierforhold til reformen og helsetjenestetilbudet blant innbyggerne var en sentral føring i prosessen, da man antok at dette på sikt ville bidra til bedre forebygging og informasjonsarbeid blant innbyggere i viktige helsesaker som for eksempel AIDS/HIV, hygiene, malaria med mer.

En av problemstillingene mine innledningsvis var: ”Hvilke faktorer innvirket på brukernes mistillit til det lokale offentlige helsetilbudet i Luangwa?”.

Underliggende spørsmål blir da følgende:

Hva kan være årsaker til mistillit til helsetjenesteinstitusjoner på lokalt plan?

Hvordan kommer mangel på tillit til uttrykk?

Dette er spørsmål jeg skal forsøke å belyse med datamaterialet i dette kapittelet.

Jeg har valgt å behandle dette fra to hovedinnfallsvinkler:

Lokalbefolkningen, som er helsetjenestebrukerne, og de ansatte i helseomsorgen, som er tjenesteyterne og slik har direkte leveranseansvar både overfor bruker og i forhold til sentrale føringer for implementering og måloppnåelse i reformen. Det er brukerperspektivet som er førende for oppgaven, og de ansattes perspektiv benyttes som utfyllende forklaring og for å vurdere validiteten i brukerperspektivet.

5.2 Lokalbefolkningens perspektiv

Lokalbefolkningens tillitsperspektiv var påvirket av flere forhold. Jeg har valgt å fokusere på nærhet til tilbud, pris og kvalitet på tilbud, tradisjonell religion og medisin og stammetilhørighet.

5.3 Nærhet til tilbud, kvalitet og pris

Provinsen er ikke stor i omfang, men med manglende infrastruktur var likevel tilgjengelighet til nødvendig helsetilbud et stort problem.

Reformens målsetting om brukernærhet skulle bl.a. løses ved såkalte outposts hvor personell med grunnopplæring i enkle behandlingsmetoder var bosatt i landsbyene. De ble utstyrt med enkle medisinske hjelpemidler som for eksempel febernedsettende og smertestillende medisiner og nødvendig utstyr for enkel sårbehandling. Som tidligere nevnt var målsettingen om brukernærhet og effektivisering organisert som en tre-trinnsprosess hvor disse var første kontaktpunkt for lokal helseomsorg. Pasienter skulle henvises videre til lokal helsestasjon og deretter til sykehus dersom behandling ikke kunne gjennomføres i de to første leddene.

5.3.1 Lokalt kontaktpunkt (Outpost)

Intervjuer med landsbybeboere og landsbyens lokale helsekontaktpersoner viste at de i enkelte landsbyer hadde gjennomført nødvendig opplæring og at utstyret de først hadde fått var i henhold til målsettingen. Problemet var imidlertid mangelen på tilgang

til nytt utstyr. Når startpakken var brukt opp hadde ingen av dem fått påfyll, og hensiktsmessigheten i et lokalt kontaktpunkt hadde derfor vært fraværende i flere måneder.

Lokalbefolkningens nærhet til tjenestetilbudets første ledd var i teorien gjennomført, men forventningene man hadde lokalt ble ikke innfridd grunnet et manglende tilbud i praksis. I uformelle samtaler med lokalbefolkningen ble jeg fortalt om en positiv holdning til tiltaket i utgangspunktet, da behandlingen der skulle være gratis i motsetning til behandling på helsestasjoner og sykehus. I tillegg var utøvende personell mennesker de kjente og som hadde en lokal forankring i landsbyen. Som en konsekvens av manglende utstyr og slik fravær av tilbud hadde de imidlertid liten grad av tillit til kontinuiteten og kvaliteten på dette førsteleddstilbudet.

5.3.2 Helsestasjonene

Helsestasjonene var bemannet med kvalifisert medisinsk personell og skulle etter planen ha nødvendig utstyr til å kunne behandle vanlige sykdommer som malaria og tuberkulose samt følge opp AIDS pasienter og gjennomføre enkle operasjoner og fødsler. Fraværet av utstyr var imidlertid prekært, de hadde ikke engang desinfiserende midler eller bandasjer på de 3 helsestasjonene jeg besøkte (av totalt 6 i distriktet). I en klinikk observerte jeg instrumenter som lå i et spann med parafin på fødestuen, da dette var det eneste desinfiserende middel de hadde.

”The centres are supposed to have kits (pakker med medisiner fra donorer, red.anm) based on population, but the last second quarter..No kits! Shortage of drugs is a big problem now.” (Sykepleier 1 helsesenter)

Tilbudet var slik meget begrenset, men grunnet kvalifisert personell kunne likevel brukere få medisinsk veiledning, få stilt diagnoser og henvist videre ved behov..

Brukernes holdning til stasjonene var naturlig nok preget av tilbudet de fikk all den tid stasjonene manglet selv det mest grunnleggende utstyret. Likevel uttrykte

mange også positive endringer etter reformen og viste en positiv holdning til de ansatte i klinikkene.

” We all go to the clinics first but if there are no drugs we are referred to the hospital. Often there is only one type of medicine in the clinics.. I think Panadol and chloroquin.. But the clinics are clean and the staff are treating me well” (lokal kvinne 9)

”Some time back there was no medicine in the clinic, but now the past five years there seems to be medicine there. But not these days..” (lokal kvinne 8)

Andre uttrykte skepsis:

“The fact that the clinics don` t have any drugs may have many different reasons. Many people think that drugs are being sold, but this is just a rumour and has not been confirmed” (mannlig informant, kirkeansatt)

Samtidig måtte brukerne betale for tjenesten da egenandeler ble innført i 1993. Egenandelen var ment som en symbolsk sum som skulle gi helsesentrene og sykehus en ekstra inntekt. Denne inntekten kunne helsetjensteinstitusjonene selv disponere avhengig av behov, for eksempel til bygging av latriner og andre nødvendige oppgraderinger. I et samfunn preget av jordbruk og bytte hadde mange store problemer med å fremskaffe penger til behandling. Man kunne også betale ved tjenester eller i form av produkter som for eksempel høns, men mange jeg snakket med syntes det var pinlig å fremstå som så fattig, eller hadde rett og slett ingen mulighet til å gi fra seg produkter som betaling.

” I sell chickens to pay for the clinic. If I don` t sell or don` t have chicken, I stay at home even if I am sick (...) I stay and wait for Gods mercy and Gods power to heal me” (lokal kvinne 11)

Mange uttrykte også manglende forståelse for at de måtte betale:

”Why should we pay now? It used to be for free. We are poor. It is not fair.” (lokal kvinne 5)

“Many people don` t understand why they have to pay. They are not even informed about this in the hospital or clinics” (lokal kvinne 7)

“The people are very confused. They don` t understand why the sisters are charging money for treatment, but they don` t know that it is not the sisters fault. It is the government who told them to charge money” (lokal kvinne 1)

En ansatt ved helsestasjon forklarte:

”We explain to the patients what the userfee is and what the money is used for...like the building of the new toilets for the patients that we are doing. It is important to explain to them because many think that we are charging them for drugs, and drugs are free”

Helsestasjonene var også obligatorisk henvisende instans for videre behandling ved sykehuset. Sykehusbehandling kostet i sin tur tre ganger så mye som behandling ved helsestasjonene.

Mange ventet derfor i det lengste med å henvende seg til stasjonen og noe som kan medføre at behandling ved alvorlig sykdom startes på et sent tidspunkt med fatalt utfall som hyppigere konsekvens.

Selv om stasjonenes geografiske plassering i hovedsak var strategisk med hovedandelen brukere innenfor en radius på 5 km, er dette likevel langt å gå dersom man er i akutt behov av medisinsk hjelp eller alvorlig syk. Dessuten førte klinikkens mangel på medisin til at mange ble vidersendt til sykehus.

” The situation is really bad. We have to transfer even minor cases to the hospital because we can` t treat them. (..) Some mothers are afraid to give birth at the KMH because it is too expensive. Especially now when we have nothing, we can` t help them

here. We don't even have gloves sometimes. Because they are afraid to be sent to KMH they are afraid to come here to" (sykepleier 1 helsestasjon)

"The clinics are sometimes situated far from people. In some cases people have to walk for three hours to reach a clinic or the hospital. (...) transport is also a problem. The clinics don't have cars, two of the clinics have Hondas (moped red.anm.) but there is also a scarcity of fuel which makes it difficult. One clinic has a bicycle and the nurse who operates it rides the bike with the patient to the hospital" (lokal kvinne 12)

En jeg intervjuet kom fra et avsidesliggende område og fortalte om en fødende kvinne med komplikasjoner som ble fraktet nærmere en mil i trillebår. I regntiden er dessuten fremkommeligheten sterkt forverret da veier er laget av grus eller leire som vaskes bort eller blir gjørmehull.

Samlet gjorde dette at brukenes erfaringer med helsestasjonene var i hovedsak negative på case tidspunktet, og tilliten til tjenestetilbudet var meget lav. Forventningene til og målsettingen om et bedret tilbud var heller ikke innfridd på dette punktet.

"Trust might disappear because things aren't done because of shortage of funds" (ansatt ved klinikk 2)

5.3.3 Sykehuset

Katondwe Misson Hospital (KMH) er plassert ca 2 mil fra den nordlige provinsgrensen og ligger nord i området. Sykehuset drives av polske nonner og zambisk helsepersonell som er utdannet leger og sykepleiere. Med ca 100 sengeplasser betjener det hele provinsens innbyggere i tillegg til enkelte pasienter fra Mozambique.

Grunnet situasjonen ved helsestasjonene, samt sykehusets geografiske beliggenhet, var kapasiteten sprengt. All den tid mange pasienter kom langveisfra hadde de fleste familiemedlemmer med seg under oppholdet da dette var nødvendig i hovedsak mht til transport. Familie sørget også for ekstra pleie og mat til pasienten

under oppholdet da sykehuset ikke hadde nødvendige ressurser for å betjene dette området i tilstrekkelig grad.

I relasjon til helsestasjonene var sykehuset godt utstyrt og kunne behandle de fleste sykdomstilfeller. Sykehuset administrerte innkjøp av egne medisiner og disponerte også noen ekstra midler donert av kristne givere i Europa. Situasjonen var derfor ikke så prekær ved sykehuset som ved helsestasjonene. I tillegg var medisinsk ekspertise høy, flere av legene var utdannet i Europa.

Intervjuobjekter i lokalbefolkningen var delte i synet på sykehuset. Brukere som var bosatt i nærområdet rundt sykehuset uttrykte hovedsaklig høy tillit til sykehuset, både mht til kompetansen og kvaliteten på tilbudet der. ”*People trust the sisters. (...)The sisters work out of the love for people.(...) the KMH is a very good hospital. Sometimes people come from Lusaka to be treated here*” (lokal kvinne 1)

En årsak kan være at de nøt godt av sykehusets tilbud og mange brukte dette fremfor helsestasjonen i området. Sykehusansatte så ofte gjennom fingrene mht manglende henvisning for denne gruppen da de var kjent med helsestasjonens mangelfulle tjenestetilbud. I tillegg kjente de fleste godt til de sykehusansatte, da spesielt nonnene, og hadde tillit til dem.

Brukere bosatt lengre unna hadde imidlertid langt lavere grad av tillit til sykehusets tilbud. Mange de kjente hadde dødd på sykehuset, eller vært der til behandling men likevel dødd da de kom hjem igjen.

” *I don` t know about the hospital...(.)It is far to go, and there is no transport. There is a bicycle at the clinic, but it is difficult (..) To many people are dying there. (på sykehuset red. anm.) They should be treating people to make them better, but instead they are dying..*” (lokal kvinne 11)

” *The HCC (Health Centre Committee red. anm.) urge the people to take their children to the clinic and the hospital. There is a lot of ignorance- there is fear. They think “Why should I take my child to the clinic, it will die”. Some years back our elders believed in roots. They are not interested in taking people to the hospital. But the roots work bad. Our blood has changed and the roots don` t work on it any longer.*

We are used to proper medicine now. This leads to a delay when taking patients to the hospital. There is often quarrels in the village and the delay often causes the patient to die... they say "Because we took her to the hospital she died". They don't think about the delay before bringing the patient there" (informant, leder av et lokalt helsestasjonsstyre i Luangwa, ca en times reise på sykkel fra sykehuset)

For denne gruppen var sykehuset derfor en symbolsk endestasjon. En årsak til dette kan være som nevnt over: sen kontakt med helsestasjonene og derav henvisning til sykehuset først ved langt fremskredet sykdomsforløp. Sykehusansatte bekreftet at denne problemstillingen var vanlig. Dette kan ha sammenheng med geografisk tilgjengelighet og lange reiseveier for mange av pasientene. Pris er også en mulig faktor da disse pasientene må betale både på helsestasjonen og på sykehuset. I mange tilfeller var det vanlig at familien måtte spare penger før de fikk råd til sykehusbehandling.

Men dette kan også ha nær sammenheng med AIDS problematikken i området. Ca 30% av de innlagte hadde påvist HIV/AIDS. Pasienter ble ofte behandlet for symptomene, det være seg lungebetennelse eller annet, og så utskrevet. Langsiktig oppfølging og behandling skulle skje i pasientens nærmiljø, men AIDS er både tabubelagt og mistrodd som reell sykdom blant store deler av lokalbefolkningen. I tillegg var medisiner kostbare når tilgjengelige og i hovedsak en mangelvare. Oppfølgingen lokalt var derfor mangelfull og dødsårsak ofte preget av feilinformasjon noe som skapte grobunn for rykter om sykehuset og en befestning av "endestasjons" synet.

Til tross for relativt god kvalitet på tjenestetilbudet var derfor tilliten til sykehuset varierende blant brukerne.

5.4 Tradisjonell religion, ritualer og lokale skikker

Selv om de fleste bekjente seg til kristendom som religion hadde samtlige jeg snakket med et nært og levende forhold til den tradisjonelle religionen. Den påvirker lokalkulturen og opprettholder utøvelse av gamle ritualer og tradisjoner. I mange

sammenhenger hadde dette stor konsekvens for synet på det offentlige helsetjenesteapparatet og dets mulighet til å nå frem med tjenester og informasjon.

Den tradisjonelle religionen var preget av ånder: gode og onde ånder, forfedres ånder. Dette var høyst synlig i hverdagen; små offergaver var lagt ut ved enkelte trær, forbannelser i form av fjær og blod lagt ut ved kryssende stier og tabuer florerte. I tillegg var hekser, trollmenn og heksedoktorer (witchdoctors) levende og tilstede i landsbyene med påvirkningen dette hadde på innbyggernes dagligliv.

Det mest sentrale i helseøyemed var imidlertid praktiseringen av enkelte ritualer, da spesielt overgangsritualer. I tillegg er andre faktorer som makt og økonomi sentrale. Jeg fikk god kontakt med fem personer i lokalmiljøet og fikk denne informasjonen gjennom uformelle samtaler med dem og fra sykehusansatte. Dette er et tema jeg fikk lite informasjon om gjennom formelle intervju, da alle presenterte seg som kristne og benektet kjennskap til tradisjonell tro. Kanskje var dette resultat av forskereffekt ved at jeg bodde på sykehuset som også fungerte som kloster og ble assosiert med dette livssynet. Jeg har derfor få sitater i denne delen av kapittelet, men kan baserer opplysningene på notater jeg tok fra samtalene og deltakelse i en AIDS workshop for traditional healers, hvor mye av dette ble nevnt.

5.4.1 Ritualer

En av de største utfordringene på helseområdet er bekjempelsen av HIV/AIDS. Ubeskyttet sex og flere partnere er risikoadferd, og dette budskapet spres over høyttalere, på postere og via helsepersonell på kontinuerlig basis. Kondomer deles ut gratis, gateteater med helsebudskapet er vanlig, fotballstjernene på landslaget reklamerer både for kondomer og for en lavrisiko livsstil på TV. I 1998 hadde HIV/AIDS problematikken vært kjent i nesten ti år, og de fleste jeg snakket med i lokalmiljøet hadde kjennskap til både informasjon om risikoadferd og måter å unngå smitte på.

Likevel ble informasjonen i hovedsak mistrodd og gode råd ble ikke fulgt. Noe av årsaken til dette var sterkt befestede ritualer knyttet til lokal religion og tradisjon som må vike plass dersom informasjon om AIDS skulle tas på alvor.

5.4.2 Renselsesrituale for enker: ”Machawe”

Zambia er et patriarkalsk organisert samfunn der mannen har mye makt. Eiendom, økonomi og avgjørelsesmyndighet er mannens domene, noe som har store konsekvenser dersom en kvinne blir enke. Gitt AIDS problematikk, under/feilernæring og malaria er det mange enker i Luangwa.

Ved ektefellens død er det en sterk tro på at kvinnen besettes av hans ånd. Ånden er rastløs og ond da den ikke har funnet et hvilested, og må derfor drives ut av enken. Onde ånder refereres til som ”machawe”. Ritualet gjennomføres ved at enken må ha samleie med mannens mannlige slektninger, som oftest brødre, fedre eller onkler. I tillegg må alt jordisk gods renses ved at hun fratras alle eiendeler og mister eierrettighetene til evt hus og landbruksområde. Huset brennes og eiendeler og land tilbakeføres den avdøde mannens familie eller overføres til landsbyens høvding som har fordelingsmyndighet i saken.

Flere kvinner jeg snakket med hadde opplevd dette og mange var HIV positive eller AIDS syke. Det er åpenbart at dette ritualet innebærer stor helsemessig risiko for alle involverte. Enkene var sterkt kritiske til ritualet, men grunnet streng sosial kontroll og stor grad av avhengighet til lokalsamfunnet hadde ingen ytret dette offentlig. De var avhengig av naboers hjelp og landsbyens støtte for å få tildelt ny jord, hjelp til å bygge nytt hus og bistand i innhøstningsarbeid med mer. De fleste hadde flere barn som de måtte forsørge, og vissheten om at de sannsynligvis ville dø av AIDS om kort tid stilte også krav til opprettholdelse av nære bånd slik at barna ville ivaretas etter deres bortgang. Noen hadde familie i lokalsamfunnet, og dette styrket deres posisjon. De som kom fra andre provinser stilte betydelig svakere i forhold til støtte og ivaretagelse fra lokalsamfunnet.

5.4.3 Overgangsrite fra barn til kvinne: ”The Dance”

De lokale innbyggerne refererte til dette ritualet som ”dansen”. Første menstruasjon markerer overgangen fra barn til kvinne og dette feires blant annet ved at jentene

danser nakne foran stammens menn. En viktig del av ritualet er også jentenes introduksjon til seksuallivet ved at eldre menn, ofte jentenes onkler, gjennomfører samleie med dem. Jentene er som regel 11-12 år når ritualet gjennomføres.

5.4.4 Jomfruers helbredende kraft

En gammel tro på jomfruers helbredende kraft koster mange jentebarn livet i dagens Zambia. Samleie med en jomfru skal helbrede sykdom og gitt manglende tilgang på nødvendig medisin og fungerende helsetjenestetilbud har dette alvorlige konsekvenser.

Sykehuspersonell fortalte at jenter helt ned i fem seks års alderen ble voldtatt. Årsaken til den lave alderen var at skikken er utbredt og derfor er sjansen stor for at eldre jenter ikke er jomfruer. I kombinasjon med overgangsritualet for jenter, ”dansen”, er det logisk at jomfruer i hovedsak er barn under ti år.

Primært var det HIV/AIDS smittede som gjennomførte slike voldtekter da andre muligheter for helbredelse ikke eksisterer. Gjennomsnittlig levetid fra smittetidspunkt til død ved HIV/AIDS er 4 år i Luangwa. Under mitt opphold ble en jente på 8 år begravet, dødsårsak var AIDS og hun ble smittet gjennom voldtekt tre år tidligere.

Den symbolikken som ritualer og tro representerer er viktige for opprettholdelse av det partiarkalske samfunnet og videreføring av både tradisjon og sosial struktur, og ritualene befester og viderefører maktstruktur og sosial kontroll. Selv om man nå har forbudt slike ritualer ved lov, praktiseres de fremdeles i stor utstrekning. AIDS informasjonen ville i stor grad revolusjonert deler av disse ritualene om den hadde blitt tatt på alvor, og det er mulig at den ikke når frem da den røkter ved sentrale maktstrukturer som ritualene er en viktig symbolsk og praktisk del av.

Dette er med andre ord en tap - tap situasjon. På den ene siden er tilliten til informasjon om HIV/AIDS svekket, muligens som resultat av sosiale strukturer og maktfaktorer med ritualer som sentral symbolverdi. På den annen side er tilliten til at AIDS og HIV eksisterer utslagsgivende ved voldtekt av jomfruer. Fellesnevner er likevel at tilliten til tradisjonelle ritualer og religion er dypt forankret i sosiale strukturer og muligens derfor større enn tillit til informasjonen fra helsevesenet.

5.4.5 Lokale skikker

En annen risiko for økt overføring av HIV/AIDS er manglende bruk av kondomer i kombinasjon med bruk av urter i seksuell sammenheng. Friksjon er oppfattet som nytelsesfremmende i seksuell sammenheng, og kvinner i Luangwa bruker derfor urter som tørker ut skjeden. Selv syntes kvinner jeg snakket med at dette var ubehagelig da det ofte ga sårhet og irritasjon, men mannens nytelse var viktigst i denne sammenheng. Som en kvinne forklarte: *"Women like this because it keeps the husband at home. But sometimes it is quite painful"*. Sårhet og irritasjon kan imidlertid bidra til økt risiko for overføring av HIV/AIDS og andre sykdommer. Mannens potens, forplantningsevne og nytelse var også oppgitt som forklaringer på hvorfor kondom i liten grad ble benyttet av både kvinner og menn.

Kvinner forklarte samtidig at det var viktig at mannen var fornøyd, ellers risikerte de at han forlot dem. Som tidligere nevnt er kvinnens posisjon svak i dette patriarkalske samfunnet og konsekvenser av enslighet store. I tillegg er det en overvekt av kvinner i Luangwa da det i hovedsak er menn flytter til urbane strøk. Ofte har en mann flere koner og det er enklere for menn å finne ny kone enn omvendt. Igjen bidrar samfunnsmessige strukturer til at informasjon fra helsevesenet ikke etterleves.

5.4.6 Onde ånder

Machawe, eller onde ånder, er også årsaken til AIDS i manges øyne. Troen er at man har blitt HIV/AIDS syk som følge av at man ikke har blidgjort åndene. Dette undergraver AIDS informasjon fra helseinstitusjonene lokalt. All den tid det er større tiltro til machawe som årsak til AIDS enn risiko ved ubeskyttet sex og flere partnere, setter dette hindringer i veien for atferdsendring blant befolkningen.

" People are aware of AIDS, but they don` t mind. Very few people are scared to get AIDS. People say that AIDS will come to everyone." (lokal kvinne 7)

HIV/AIDS er tabubelagt, og mange ønsker derfor ikke å vite hvorvidt de er smittet eller ei, og andre som er kjent med diagnosen holder det for seg selv. Men enkelte av de som er smittet kunngjør dette offentlig. De blir referert til som "the famous people" og deres budskap er at de vil smitte så mange som mulig før de dør. Det er et paradoks at man etter smitte forholder seg til faktiske smitteårsaker, mens man før smitte forholder seg til overtro i denne sammenhengen.

Andre årsaker til AIDS som ble oppgitt ved en AIDS workshop jeg deltok på var:

- sex med en kvinne som har abortert: det døde barnets onde ånd gjør deg syk
- forbannelse: noen har kastet en forbannelse på deg ved hjelp av witchcraft.
- hekser er årsaken til sykdommen
- straff fra Gud
- hvite mennesker har spredt sykdommen

5.4.7 Hekser, trollmenn og heksedoktorer

I sammenheng med tradisjonell religion må også effekten av hekser, trollmenn og heksedoktorer nevnes.

Dette er i hovedsak en todelt gruppe: en med makt og en uten makt. Makten ligger hos heksedoktoren som nyter stor respekt og inngir frykt blant folk i Luangwa.

Heksedoktoren, som ikke skal forveksles med medisinmann/traditional healer, har nær kontakt med åndene og kan både kaste forbanne og drive ut ånder. Denne personen har også myndighet til å utpeke hekser og trollmenn, noe som ofte fører til utstøting av lokalsamfunnet for de dette gjelder.

Hekser og trollmenn er ansett som onde og utgjør en form for pariakaste. Hekse- og trollmannstatus utdeles gjerne i sammenheng med uheldige hendelser (for eksempel epidemier eller tørkeperioder) i lokalsamfunnet. I fravær av andre forklaringer og løsninger blir enkeltindivider utpekt som årsak til hendelsen. Risikogruppen er ofte personer med svake bånd i lokalsamfunnet, ingen nær familie eller ektefelle som kan forsvare dem, og som ikke er en viktig ressurs som samfunnet trenger. De blir slik en enkel målgruppe og utstøtingen har liten konsekvens for

lokalsamfunnet for øvrig. Oftest er det enslige eldre kvinner som utpekes. Imidlertid er alle potensielle kandidater og få tør derfor utfordre heksedoktorenes autoritet.

Jeg intervjuet tre eldre kvinner som var utpekt som hekser. De fortalte om store problemer med å takle tilværelsen. To av dem hadde barn, men bånd til familien var brutt som følge av heksestatusen. Levestandarden er generelt lav i Luangwa, men disse hadde fått tildelt dårlige hytter i utkanten av landsbyen og fikk ikke hjelp til vedlikehold og andre oppgaver. Dette ga lekke tak, ingen bistand ved sykdom og magre vilkår for anskaffelse av mat, vann og lignende. Sosial utstøting og isolasjon fra fellesskapet var også et problem.

“I have no money. Sometimes the neighbours give me food, and sometimes the Christians donate some food. But it is difficult..” (heks 2)

Signaleffekten dette gir til resten av lokalsamfunnet bidrar til å opprettholde heksedoktorens sterke maktposisjon. I tillegg er økonomi en faktor. Det er kostbart å konsultere en heksedoktor og de kontaktes primært i viktige saker. Ofte går hele landsbyen sammen om å dekke utgiftene dette medfører. Heksedoktorene er avhengige av at tradisjonell religion praktiseres for å videreføre sin rolle da deres kontroll og kontakt med ånde verden er sentrale elementer i religionen. De kan derfor være en årsak til at tradisjonelle riter og overtro videreføres tross rettslig forbud og informasjon om helsemessige konsekvenser av dette fra helsevesenet.

5.5 Tradisjonell medisin

Tradisjonell medisin basert på bruk av lokale urter er utbredt og mange har større tiltro til slik behandling fremfor vestlig medisin. I mange tilfeller kan dette også stemme. Studier som ble gjennomført under mitt opphold i Zambia tydet på at lokale urter brukt i tradisjonell medisin hadde bedre effekt på epilepsi enn vestlig medisin.

Imidlertid medfører tradisjonell medisin utfordringer mht implementering av og måloppnåelse for reformen. Feildosering og feilmedisinering er vanlig og diagnostiseringen er ofte feilaktig eller mangelfull grunnet begrensede kunnskaper. Hygiene er også et problem ved sårbehandling eller operasjoner i tradisjonell medisin.

“Many go to traditional healers first. Some traditional healers are good, but some only want to make money. Many healers have roots that are good, but the problem is that they don't measure out doses- sometimes you are given too much.” (intervju med kvinne 1 i landsbyen)

Mange velger likevel ofte å bruke sin lokale medisinmann (traditional healer) fremfor det offentlige helsetilbudet.

“ (...) So when one is sick and has no money, people will tend to go to traditional healers.. there is a lot of traditional healers. Well, you know, it is funny, because traditional healers also charge, but they would rather go to the traditional healers, somehow, than to hospitals. This is exactly what is happening now” (Ansatt 1, WHO).

” People use traditional medicine, especially for certain diseases like epilepsy or swollen legs...Then the people prefer traditional healers. Also sometimes for TB (tuberculosis, red.amn), and the traditional healers say that evil spirits are causing the TB. But they don't get the cure..it makes the people dance, but it doesn't help. So if someone dies they are told that they didn't obey the spirit..” (lokal kvinne 7)

”Most people go to traditional doctors. They wait too long at the traditional doctors and get very sick. Then they go to the hospital” (lokal mann 1)

Mulige årsaker kan være medisinmannens lokale tilknytning, lavere priser og større tillit til tradisjonell medisin som remedie fremfor det offentlige helsetilbudet.

Konsekvenser av dette er at pasienter ofte kommer for sent i kontakt med det offentlige helsevesenet ved alvorlig sykdom. Dette får ofte fatalt utfall og befester synet på det offentlige helsevesenet som ”dødbringende” fremfor helbredende.

Feilbehandling og infeksjoner grunnet manglende hygiene fører også til komplikasjoner hos pasientene

5.6 Stammetilhørighet

"Tribalism and nepotism has killed the reforms." (intervju med ansatt i Luangwa)

Nepotisme, korrupsjon og tribalisme er utbredt i Zambia og tillit følger i stor grad egen stammetilhørighet, mens mistillit rettes mot konkurrerende stammer og utenforstående. Man beskytter og pleier sine egne. Dette gjennomsyrrer politikk og offentlig sektor, noe som igjen har store konsekvenser for innbyggerne i landet.

"Of course I should respect my leaders, but I don't want to be cheated" (Josephine)

Presidenten og store deler av regjeringen tilhørte en stamme fra nordlige områder i Zambia på dette tidspunktet. Dette kan være en årsak til at Luangwas innbyggere var skeptiske til de politiske lederne. Vanstyre, følelse av manglende ivaretagelse og å ikke bli hørt kan også ha innvirket på mistilliten. Samtidig var befolkningen lite politisk aktive. Informanter forklarte dette med at det spilte liten rolle hvem som regjerte, livet deres var like vanskelig uansett.

"Our leaders in the government are really bad because they don't consider the poor in the village. When they make a law or a rule, no villager can oppose this (..) I see no good in voting, so I've stopped. I have voted all along, but it doesn't change things and the leaders don't consider the poor even though they are the people who put the leaders in the position they have now" (lokal kvinne 8)

En annen lokal kvinne (2) forklarte:

"The leaders are corrupt. They seek individual benefits from things that are for the community. They are not trusted because they are not true to their work (...) Common villagers are not considered important but if you are from a certain area or if you have money you will be treated nicer. Even if you have the resources to give a nice gift you will be treated better, because everybody wants something for themselves. If you are a

villager and you are married to a hunter so you can give the officer a nice antelope or something you will be treated better”

En av de polske nonnene ved KMH beskriver det slik ” The people of the district are very un-political, they are a peaceful tribe and are not politically active- or active at all. They just accept. They used to support UNIP because UNIP threw beerparties. Now MMD are doing the same- just a few days ago they spent 200 000 kwacha on beer for the people, and now they are supporting them instead. People are not involved- or scared to be involved”

(MMD og UNIP er politiske partier- red anm)

Mange av de ansatte ved helsestasjonene og i den lokale helseadministrasjonen hadde annen stammetilhørighet, noe som vakte stor grad av mistillit. Et konkret eksempel var DHMT ansatte som i hovedsak kom fra samme provins.

”They are all from the eastern province, apart from mrs Zulu because she is married to mr Zulu in the Board (DHB) who is also from the eastern province. (mannlig ansatt i helsesektoren)

Dette førte til skepsis blant innbyggerne samt blant en del av de ansatte i helsesektoren lokalt. Det ble stilt spørsmål til DHMTs kvalifikasjoner og agenda.

” They chose from their own tribe, and this goes on i many districts. The people chosen don` t have the most qualifications” (ansatt 1 i Luangwa)

“The DHMT has destroyed the life of the villagers. They try to give reports to the ministry to make the sisters (les nonnene ved sykehuset red.anm.) go away so that they can have that place and the nice houses to themselves. They are also making allowances, and are being corrupt. They overcharge from the budgets like on the poliodays: When they are driving and shouting ”Bye-bye polio” it is just for

allowances. (...) Where does the money go? The clinics are in the same shape as before..” (Lokal kvinne 2.)

“The people don` t really trust the DHMT... for instance we don` t have any water in the village. We can ask them, the buckets are there and have been there for 2-3 years, but they don` t distribute the buckets...maybe they just give them to their girlfriends. (...) People in the DHMT are not from Luangwa but from different parts of the country” (lokal kvinne 7)

Mange antok at korrupsjon fra DHMT lederens side var årsak til manglende medisiner i klinikkene, og de fleste reagerte på hans bruk av DHMTs bil som om den var hans private. De fleste var også tilbakeholdne med å uttale seg om ham da de fryktet represalier.

” The DHMT don` t listen at all to the people. People are afraid of the DHMT...they are afraid to be corrected. They are afraid to loose their jobs if they complain” (ansatt 1 i Luangwa)

Annen stammetilhørighet blant helsepersonell førte i noen tilfeller også til kommunikasjonsproblemer da de ikke behersket det lokale språket og innbyggerne i liten grad kunne engelsk.

DHMT hadde også store problemer da de skulle gjennomføre et poliovaksinasjonsprogram blant barn i distriktet. Jeg fulgte med som observatør en dag, og personell ved de fleste vaksinasjonspostene kunne fortelle at det var svært lav grad av oppmøte. Mye av dette skyldtes en tro på at vaksinene ville gjøre barna blinde eller impotente. DHMT hadde brukt flere dager i forkant av programmet på å kjøre rundt og informere folk/oppfordre folk til å la barna vaksineres. Dette kan tyde på at folks tillit til DHMT informasjon ikke var sterk jfr sitatet over om at de bare skulle lure til seg penger. Alternativt tyder dette på at folks mistillit til vaksiner var sterkere enn tilliten til DHMT.

5.7 Andre funn: Forhold til hverandre og andre

Det kom også frem tegn på mistillit og skepsis internt i lokalsamfunnet, både innflyttere og folk som var fra området.

”It is the people who move about who are the ones that have AIDS” (lokal kvinne 8)

“Put your relatives first, and people in high authority will be getting the best treatment along with the relatives. White people don’t treat people different. The locals are not so fair.” (lokal kvinne 2)

Andre uttrykte også skepsis mot hvite:

”The white people are making us slaves” (lokal kvinne 11)

Selv informasjon om en så alvorlig sak som AIDS ble mistrodd:

”Sometimes people don’t believe that one is HIV positive because you look healthy, you don’t look sick. Men think that sometimes women just say this because they are not interested in them, that they don’t want to have sex with them and just use it as an excuse. So they don’t believe you even if you tell them. They think people are lying if they say that they are HIV positive because they think that if you really were HIV positive you wouldn’t say it because it is shameful to say it.. They think if you really had AIDS you would be shy to tell about it so you would keep it a secret.” (lokal kvinne 7)

Det ble også uttrykt fordommer mot folk utenfor distriktet:

”Maybe in towns women are less scared about AIDS. They need money for nice clothes and food, and so they work as prostitutes to get the money. Some girls in Chipata (nabodistriktet) go completely naked by the road and are picked up by truckdrivers and busdrivers and people passing through and they have sex with them, just once, and they get the money”. (lokal kvinne 7)

Sosialt ansvar mellom folk ble også illustrert av denne respondenten:

”The information (about AIDS) is good, but people don’t care. They know very well about the disease, it is the attitude they have... They don’t feel responsible for other people. Even though they know that they are HIV positive they still have sex.”

5.8 Oppsummering

Hva viser så dette i forhold til befolkningens tillit til helseinstitusjonene?

Tilliten til helsestasjoner var påvirket av følgende faktorer:

- Egenandel: folk hadde liten forståelse for egenandelen, store problemer med å skaffe midler til den og mye tyder på at forklaring om hvorfor den ble innført ikke var gitt. Den opplevdes av mange som urettferdig. Egenandelen var på denne måten ikke anerkjent og virket ikke tillitsbyggende, men kan sies å bidra til å fremme mistillit.
- Tilgjengelighet og kvalitet: til tross for løfter om et brukernært helsetilbud var dette ikke virkeligheten for mange i Luangwa. Når helsestasjonene dessuten ikke kunne tilby tjenester grunnet manglende utstyr var behandling ensbetydende med sykehuset. Folk hadde derfor liten tillit til at de ville få behandling ved helsestasjonene.
- Ansatte: Mange opplevde at de ansatte behandlet pasientene bra. Samtidig var det mistenksomhet i forhold til redelighet da mange trodde at de ansatte solgte medisiner for egen fortjeneste. Det var slik mistillit til de ansatte.

Tillit til sykdomsforebyggende informasjon:

- Mye av informasjonen som ble spredt i distriktet ble ikke trodd. Dette gjaldt AIDS forebyggende tiltak, men jeg så også at poliovaksinasjonsprogrammet slet under lignende vilkår. Dette vitner om mistillit til selve informasjonen og/eller mistillit til de som sprer informasjonen.

Tillit til sykehuset:

- KMH nøy stor grad av tillit blant brukere som var bosatt nær og derfor var kjent med sykehuset. Folk som ikke var bosatt i nærmiljøet ga uttrykk for mistillit da de anså sykehuset som en dødsfelle. De hadde slik ikke tillit til at sykehuset ville gjøre dem friske.

Tillit i samfunnet:

- Mange uttrykte skepsis til andre i lokalsamfunnet og til utenforstående. Det var få som snakket positivt og støttende om andre og samfunnet generelt. Dette kan vitne om generell mistillit til samfunnet.

“Det er bedre med en fugl i hånden enn ti på taket”

I et lite og tett knyttet samfunn med knapphet på ressurser på de fleste nivå, er det mye som tyder på at innbyggerne sikret seg med det de kjente av tilgjengelige ressurser fremfor å endre atferd og benytte seg av nye tilgjengelige ressurser som helsesektoren representerte. Sanksjoner, etablerte handlemønstre og høy grad av sosial kontroll kan være noen forklarende faktorer. Helsetilbudet hadde vært mangelfullt i mange år, og nå var det i tillegg innført en egenandel. Folks forventning om et dårlig tilbud var allerede etablert, men kanskje forsterket ved at de nå også måtte betale. Risikoen ble slik økt og grunnlaget for å etablere tillit svekket. Dette kan ha påvirket deres valg: Helsetjenestene sto også i konkurranse med det etablerte tradisjonelle systemet, hvor mange ville velge det siste. Dette kombinert med høy grad av korrupsjon i offentlig sektor gir vanskelige vilkår for å etablere tillit til nye offentlige systemer og institusjoner. Ulike former for forventning om at helsetilbudet ikke ville innfri deres tillit til at behandling kunne tilbys gjør at jeg vil karakterisere situasjonen som preget av mistillit, med unntak av tilliten folk bosatt rundt sykehuset viste for KMH.

I neste kapittel vil jeg se nærmere på denne mistilliten og drøfte noen av konsekvensene dette kan ha for reformen.

6.0 “A BETTER HEALTH FOR ALL?”

6.1 Noen innledende spørsmål

I det foregående kapittelet har jeg vist hvordan mistillit kommer til uttrykk, og noen faktorer som påvirker mistillit. Jeg vil i dette kapittelet drøfte disse funnene nærmere ved hjelp av tillitsteori som ble introdusert i kapittel tre og i lys av min problemstilling:

”Hvordan påvirket brukernes mistillit til det lokale offentlige helsetilbudet reformens mulighet for å nå sine målsettinger om bedret folkehelse Luangwa?”

Spørsmål jeg vil stille for å analysere dette er:

Kan vi si at mistillit foreligger? Dvs. er vilkårene for tillitsbasert handling oppfylt?

Hvordan har demokratiske institusjoner sviktet?

Har institusjonenes svikt spilt noen rolle?

Finnes det trekk som viser at det foreligger en mistillitskultur?

Hva er konsekvensene for mistillit på reformens planer om økt helsestandard?

6.2 Foreligger mistillit?

I kapittel tre viste jeg ulike teoretiske tilnærming til tillit. Jeg viste også at institusjonell kapasitet er viktig for tillitsdannelse blant befolkningen, og at institusjoner er viktige i utviklingsøyemed.

Tillit har jeg definert som ”a bet on the future contingent action of others” (Sztompka 1998) - med andre ord at folk setter sin lit til, eller vedder på, at andre handler på en viss måte i fremtiden. Tillit foreligger når man tror at folk handler i henhold til dine forventninger om et positivt utfall. Mistillit blir det motsatte: at man tror at andres handlinger er i strid med forventning om et positivt utfall.

I Luangwa blir dette veddemålet følgende:

Jeg er syk og ønsker å bli frisk- jeg vedder på at de offentlige helseinstitusjonene kan behandle meg.

Videre la jeg til grunn for tillitsbaserte handlinger at tillit måtte påvirke avgjørelsen om handling, dvs at det finnes alternativer (ikke handle, handle annerledes) og at det ikke foreligger tvang.

Jeg viste også at makt, eller kontroll av ressurser, var avgjørende for hvor transaksjonskostnad ved tillit: dersom man har mye ressurser vil et eventuelt tap ikke ramme så hard som når man har lite ressurser. Dette må likevel nyanseres. Ressurser er her knyttet til området det veddes om og står i forhold til type risiko. Selv om man har mange barn, vil likevel tap av et barn som følge av feilbehandling ramme meget hardt. Risikoen her er derfor meget høy, selv om man er sterk på ressurser.

Gitt disse tre punktene, veddemål med valgmuligheter styrt av ressurskontroll, kan vi da si at brukere har mistillit til helseinstitusjonene i Luangwa?

Her vil jeg svare ja.

Folk vedder på at de vil bli friske, og vurderer alternativer for hvor det er størst sannsynlighet for at dette skal skje. Selv har de begrenset kunnskap om medisinsk behandling og kan derfor ikke treffe et rasjonelt valg, slik at dette blir et tillitsspørsmål: hvem vil jeg vedde på?

Mange velger her tradisjonell medisin fremfor offentlig helsevesen fordi de ikke har tro på at det er verdt risikoen å velge offentlig helsevesen.

Risikoen ved et negativt utfall av tillitshandlingen er høy dersom de velger det offentlige helsetilbudet. Den består for det første i kostnad ved betaling av egenandel og reisevei. Er det verdt å gå den lange veien til helsestasjonen/sykehuset? Tror jeg at jeg vil få et bra tilbud ved klinikken når jeg kommer frem? Er det verdt å bruke av familiens små ressurser for å betale egenandel? Vil pengene jeg gir til helseinstitusjonen gi meg behandling?

Folk er fattige og det er ikke transport i området, så vi kan her si at folk er ressursfattige og har liten makt. Det blir derfor en stor kostnad, og slik risiko, å benytte et tilbud som ikke kan gi et ønsket utfall. Transaksjonskostnad foreligger også ved at

det er mistillit til de ansatte, slik at man mistenksomt overvåker deres handlinger f.eks hva gjelder penger: Krever de riktig sum? Hvorfor krever de penger? Hva bruker de pengene til?

Spørsmål om tillit til selve tilbudet er også viktig. Kan jeg tro på at helseinstitusjonene kan gjøre meg frisk? I mange tilfeller ble folk henvist til sykehuset grunnet manglende behandlingstilbud på helsesentrene. Dette ga økte kostnader i form av egenandel og transport og mange unngikk derfor kontakt med helseinstitusjonene. Dette i seg selv kan sies å være en ikke tillitsbasert handling: Man har ikke råd, derfor lar man være å kontakte offentlig helsevesen. Man har ikke noe valg.

Jeg vil likevel argumentere for tillitsbasert handling også her: Sykehuset kunne tilby behandling. Og fordi mange ventet i det lengste med å kontakte helseinstitusjonene var det ofte for sent. Dette ga sykehuset et rykte for å ta livet av folk heller enn å helbrede dem. Folk stolte derfor ikke på sykehuset, og ga dette som årsak til at de unngikk kontakt med helsevesenet. Dette illustrerer mistillit: De ville ikke vedde på at sykehuset kunne gjøre dem friske- de veddet heller på at sykehuset ville drepe dem.

Samtidig døde jo også folk etter behandling med tradisjonell medisin. Hvorfor fikk ikke medisinmenn et slikt rykte? Slik behandling var heller ikke gratis og ressursproblemet gjør derfor gjeldende også her. Ofte kunne traditional healers være dyrere enn det offentlige tilbudet.

Jeg tror at dette kan knyttes til hva som oppleves som behandling. Dersom man får medisiner, blir man behandlet. Dersom man ikke får medisiner blir man ikke behandlet. Traditional healers kunne slik alltid tilby behandling, selv om det riktignok tidvis var feil behandling. De var ikke avhengige av medisinleveranser fra myndighetene. Og dersom ting gikk galt kunne man legge ansvaret på onde ånder, hekser eller pasienten selv. De fraskrev seg slik ansvaret. Folk hadde også aksept for og tro på slike forklaringer, noe som gjorde den legitim.

En annen side av dette var knyttet til HIV/AIDS problematikken. Sykdommen var utbredt i distriktet, og sykehusets tall viste at 17% av fødende kvinner var HIV positive. Det fantes ikke livsforlengende medisinsk behandling for AIDS slik vi har i Norge. Folk fikk samtidig informasjon om at AIDS var dødelig og at det ikke fantes

medisiner som kunne gjøre dem friske. Samtidig påsto traditional healers at de kunne tilby behandling for AIDS. Og når folk døde var årsaken ikke behandlingen, men andre faktorer som nevnt over. Dette kan også bidra til å forklare folks overbevisning om at AIDS smitte kom fra onde ånder, hekser o.a. fremfor den offentlige informasjonen om smitte ved sex og blod.

Gitt en slik vurdering var folks valg om å benytte traditional healerere en tillitshandling. De kan velge sykehuset, men kontakter heller medisinmannen. ”Jeg vil heller vedde på at medisinmannen kan gi meg behandling enn at klinikken kan det. Jeg vil heller vedde på at medisinmannen kan gjøre meg frisk enn at sykehuset kan det.”

6.3 Hvordan har de formelle institusjonene sviktet?

All den tid risiko er et element i tillitshandlinger, vil reduksjon av risiko være en faktor som virker handlingsfremmende. Motsatt virker høy risiko handlingshemmende. ”Det koster meg for mye å investere tillit i deg- jeg kan ikke risikere at du handler i strid med mine interesser og derfor lar jeg være å handle”.

Jeg har tidligere vist til teori som argumenterer for at institusjoner, og spesielt demokratiske institusjoner, kan bidra til å redusere risiko ved tillitshandlinger. Dette kan gjøres ved insentiver (positiv belønning av at man ikke bryter tillit) og sanksjoner (negative konsekvenser av at man bryter tillit). Ofte opptrer disse sammen. Eksempel på dette kan være arbeidsgiver som viser ansatte tillit: Man reduserer transaksjonskostnader i handling ved å vise dem tillit, da man ikke trenger å overvåke de ansatte hele tiden. Arbeidsgiver vedder på at de ansatte handler i tråd med arbeidsgivers interesser i fremtiden (tillit). Dette er positivt for arbeidsgiver da handling ikke er så kostbart. Videre oppmuntres de ansatte til å vise seg tilliten verdig ved at man belønnes for tillitsverdighet. Dersom man gjør jobben slik arbeidsgiver har forventning om at du skal gjøre kan man få høyere lønn eller forfremmelse. Dette er insentivet. Dersom man blir tatt i å handle i strid med arbeidsgivers forventninger (tillitsbrudd), risikerer man å miste jobben. Dette er sanksjonen. I dette systemet ligger samtidig kontrollmekanismer myntet på å fange opp tillitsbrudd.

På denne måten reduseres tillitsgiverens risiko for tillitsbrudd. Ideen om at tillitsverdighet lønner seg, mens tillitsbrudd straffer seg gjør at folk tror på at andre er tillitsverdige og at også de handler ut fra et tillitsperspektiv. På denne måten kan en tillitskultur, eller generalisert tillit dannes.

"(..)people are more prepared to trust institutions and other people if the social organization in which they operate insures them against potential breaches of trust"
(Sztompka, 1998: 27)

Ved å institusjonalisere mistillit har demokratiske institusjoner slike kontrollmekanismer innebygd. Men for at dette skal virke tillits og handlingsfremmende må borgerne anerkjenne institusjonenes verdier. Den institusjonelle kapasiteten må også være god slik at folks forventninger til at verdier og kontroll utøves kan innfris. Dersom institusjonell kapasitet ikke makter denne oppgaven vil det oppleves av folk som tillitsbrudd, og slik fremme mistillit.

For helsetjenestetilbudet i Luangwa hadde dette konsekvenser. Var institusjonene tillitsverdige? Først og fremst kan vi se på institusjonenes verdigrunnlag og hvorvidt dette ble anerkjent av befolkningen.

Folk anerkjente nok ideen bak helsetjenestetilbudets verdigrunnlag: å tilby behandling og pleie av syke. Men all den tid dette ikke ble innfridd som følge av manglende utstyr ble verdigrunnlaget ikke utøvd. Institusjonell kapasitetssvikt kan slik sies å undergrave folks tillit til verdigrunnlaget og institusjonen. En respondent sa det slik: *"Trust might disappear because things aren't done because of shortage of funds"*

Egenandelen hadde også et demokratisk verdigrunnlag: at egenandeler skal komme befolkningen til gode ved at den brukes til å dekke behov i klinikken/sykehuset. Dette skulle også gi brukerne et eierforhold til både helsetilbudet og til ivaretagelse av egne helse.

Dette budskapet var ikke anerkjent blant befolkningen. Mye av årsaken til dette kan være at folk ikke forsto hva pengene skulle brukes til. Men hovedårsaken til folks negative holdning til egenandelen var at de var så fattige. De følte det derfor urettferdig å måtte betale, både fordi de ikke hadde midler til det men spesielt fordi tilbudet tidligere hadde vært gratis. Egenandelen sto slik ikke i forhold til folks generelle oppfatning av rett og galt, og var slik ikke anerkjent av borgerne.

Innføringen av egenandelen kan ses som et tillitsbrudd, og institusjonens verdi ble slik ikke legitim på dette punktet.

Videre fungerte ikke kontrollmekanismene i institusjonene tilfredsstillende. Grunnet generelt høy grad av korrupsjon i offentlig sektor hadde folk en generalisert mistillit til de ansattes hensikter. De antok for eksempel at ansatte solgte medisiner som skulle være gratis og at DHMT ansatte ga bøtter til kjærestene sine og trikset med budsjettet. Når de ikke opplevde sanksjonering av slik atferd kan dette bidra til å undergrave folks tiltro til at kontrollmekanismene i systemet fungerer, selv om slik atferd ikke nødvendigvis finner sted. Folks oppfatning blir avgjørende. På denne måten kan folks forventning om manglende institusjonell kapasitet undergrave tillit, ved en tro på at kontrollmekanismer for risikoreduksjon ikke fungerer. Dette gir igjen grobunn for mistillit.

6.4 Spiller svikt i institusjonell kapasitet noen rolle i Luangwa?

Luangwas innbyggere har i alle år slitt med fattigdom og et dårlig offentlig tjenestetilbud. Hvorfor skulle det dårlige helsetjenestetilbudet i dette caset spille noen rolle? På mange måter kan man si at folk var vant til denne situasjonen og helseinstitusjonenes dårlige forfatning var derfor ingen nyhet.

Det som imidlertid skiller denne situasjonen fra tidligere forhold er at reformbudskapet hadde nådd mange i befolkningen og de hadde sett tegn til bedring. En mann fra Boma fortalte litt om situasjonen før og etter reformen. Helsestasjonene hadde tidligere luktet vondt og var skitne, pasienter måtte sove på gulvet og det var ingen medisiner. Nå var det derimot senger til pasientene og mange helseklinikker hadde fått solcellepanel slik at de kunne holde medisiner avkjølt. Frem til april 1998 hadde dessuten helsestasjonene jevnlig mottatt medisiner og utstyr under reform tiden.

Sammenbruddet i reformen som følge av den politiske og økonomiske turbulensen kan derfor sies å ha følger for institusjoners rolle i tillitsdannelse i Luangwa. Etter mange år med dårlige helsetjenester skjedde det positive endringer fra 1993. Institusjonell kapasitet bedret seg og dette kom folk til gode i større grad enn tidligere. Kollapsen i helsetjenestetilbudet under caset kan slik føre til at en mulig sped

spire til tillitsdannelse tok to steg tilbake. Man kan derfor tenke seg at det foreligger et tillitsbrudd. Mens man før visste at tilbudet var dårlig, bygde reformen opp forventninger om noe annet. Reformen kan også ha dratt nytte av at den nye regjeringen: for første gang siden frigjøringen i 1964 var det Kaunda erstattet som nasjonens overhode. Folk hadde derfor ikke så mye å sammenligne han med, og situasjonen kan slik ha vært preget av Sztompkas begrep om vippeposisjonen mellom tillit og mistillit: "mistrust" (beskrevet i kap 3). Så kom kollapset som satte mye tilbake til fortidens tilstand. Dette kan gi institusjonene en økt utfordring i tiden fremover: Selv om kapasiteten skulle bedre seg vil folks tillit være vanskelig å gjenoppbygge da de kan ha forventninger om nye tillitsbrudd. Dette gir også vanskeligere vilkår for institusjonenes mulighet til å bidra til etablering av en tillitskultur i Luangwa.

6.5 Finnes det trekk som tyder på en mistillitskultur i Luangwa?

For å undersøke dette spørsmålet vil jeg, som nevnt i kapittel tre, ta utgangspunkt i Sztompkas oppstilling over konsekvenser ved mistillitskulturer.

Ved å sammenligne hans konsekvenser av mistillitskulturer med mine funn kan jeg gjøre en antakelse rundt dette.

Sztompka (1998) viser til fem hovedtrekk ved tillitskulturer og mistillitskultur. Da jeg har introdusert dem tidligere vil jeg her bare foreta en løpende oppstilling og drøfting.

1. Der tillitskulturer er handlingsfremmende da den reduserer nødvendigheten av å overvåke og kontrollere andres handlinger, vil mistillitskulturer være handlingshemmende, og i ytterste konsekvens gi passivitet.

I Luangwa fant jeg mange tegn til passivitet, spesielt med i forhold til folks syn på mulighet for egen påvirkning. De hadde ikke tillit til at de ville bli hørt og foretok seg derfor ingenting. Sykehusansatte beskrev befolkningen som politisk passiv og mange omtalte andre som late. En kvinne fortalte at hun sluttet å avgi stemme ved

valg, fordi lederne tok ikke hensyn til de fattige uansett. Mange andre ga lignende utsagn om passivitet, spesielt der egenandeler var tema. De var misfornøyde med ordningen, men ingen ville klage. Mange var også veldig bekymret for den fremtidige situasjonen da KMH skulle reduseres fra 100 til 17 senger etter instruks fra reformadministrasjonen og helseministeriet. På spørsmål om hva folk tenkte om dette svarte en kvinne:

“The people complain but quietly. They never react. In other areas of Zambia they might start a riot or demonstration, but not here. They just complain inside themselves.”

Jeg mener slik passivitet kan være tegn på en mistillitskultur.

2. Tillitskulturer oppmuntrer til sosial samhandling, at folk slik utvikler sine sosiale nettverk og øker den sosiale kapital. Mistillitskultur vil motsatt virke nedbrytende på sosial kapital og mellommenneskelige nettverk og kan føre til isolasjon.

I Luangwa var det stor knapphet på ressurser og livet var hardt. Det var liten tro på at noen hadde andre interesser utover egeninteresse og nyttemaksimering for egen vinning. Dette kom frem i synet på DHMT ansatte og ansatte i helsevesenet. Mistankene om korrupsjon og frykt for represalier gjorde folk skeptiske til denne gruppen. Samtidig er den sosiale strukturen blant lokalbefolkningen veldig ”gemeinschaft”. Det er tette sosiale bånd mellom familier og i stammer, sterk grad av sosial kontroll og familien fungerer som et sikkerhetsnett. Mistillit til utenforstående var imidlertid sterk, f.eks i forhold til DHMT, og synet på at folk som flytter er de som har AIDS. Det kunne slik være vanskelig for utenforstående å få innpass i eksisterende sosiale nettverk.

3. Tillitskulturer oppmuntrer til toleranse, anerkjennelse av religiøs og politisk ulikhet som legitimt fordi de kan vurderes på en ikke-truende måte. Dette fører også til sivilisert uenighet. Mistillitskulturer mobiliserer defensive holdninger, fiendtlige stereotyper, rykter og fordommer og kan gi xenofobi.

Jeg mener å ha funnet flere forhold som indikerer dette. Rykter ble spredt om folk i andre provinser, jfr jentene som går nakne på gata og prostituerer seg i naboprovinsen. I tillegg kan forhold som ble nevnt over gjentas. Rykter om DHMTs og helseansattes korrupsjon florerte. I tillegg var de fleste veldig negative til regjeringen da presidenten kom fra en annen provins. Jeg ble selv mistrodd under intervju og stemplet som spion på oppdrag fra regjeringen for å stenge sykehuset. I tillegg var det lett å utpeke hekser og trollmenn (som beksrevet i kap 5) noe personer med et dårlig sosialt sikkerhetsnett, ved f.eks familie, var spesielt utsatt for. Utstøting fra samfunnet var slik en overhengende fare for mange. Slike fordommer, rykter og fremmedfrykt mener jeg kan indikere et mistillitssamfunn.

4. Tillitskulturer styrker individers bånd til samfunnet (deriblant institusjoner), bidrar til identitetsfølelse og genererer sterk kollektiv solidaritet som fremmer samarbeid, gjensidig hjelp og en vilje til å ofre noe for andres skyld. Mistillitskultur gir fremmedgjøring og rotløse individer, med en søken etter alternative og ofte illegale identiteter som for eksempel gjenger, mafia osv.

Den sterkt patriarkalske strukturen i dette lokalsamfunnet førte til at kvinners posisjon var veldig utsatt. Jeg har i kapittel 5 beskrevet situasjonen for hekser og enker. ”The famous people”, dvs. kjente HIV positive, ønsket å smitte så mange som mulig før de døde. Mange kvinner risikerte også livet ved å gifte seg med kjente AIDS eller HIV positive grunnet avhengighet til menn i denne samfunnsstrukturen. Andre tydde til prostitusjon for å livberge seg. Dette indikerer at en sterk kollektiv solidaritet ikke foreligger. Man setter seg selv og sine først. Det var for eksempel liten vilje til å hjelpe enslige kvinner, jfr. Josephines historie. Jeg er imidlertid usikker på om dette vitner om en mistillitskultur fremfor knapphet på goder all den tid de færreste hadde noe å dele med seg. Samtidig indikerer dette lav grad av samarbeid og vilje til å ofre noe for andre. Dette kan tyde på en etablert mistillit til at andre, utenfor eget nærmeste sosiale nettverk, vil gjengjelde en tjeneste

5. Tillitskulturer fører til at transaksjonskostnader ved å gi tillit er betydelig redusert og sjansene for samarbeid økes. Mistillit gir en form for glorie effekt ved at den diffuse mistillitskulturen utvides til å gjelde mellommenneskelige handlinger så vel som relasjoner til utenforstående. I begge tilfeller vil transaksjonskostnadene som følge av behovet for konstant vaktksomhet være høye og sjansene for samarbeid redusert.

Jeg fant tegn som tyder på at transaksjonskostnader ved mellommenneskelig handling var høye. Folk var ofte mistenksomme til andre og de fleste visste hva andre gjorde til enhver tid. Ryktene florerte. Man visste hvem som hadde hatt sex med hvem, hvem som var HIV og AIDS smittet osv. osv. Dette kan indikere et lite tett samfunn som har en naturlig liten grad av privatliv, men også et behov for å følge med på andres handlinger. Slik kan dette være en indikator på en generell mistillit.

Det er vanskelig å måle tillit, og indikatorer på en mistillitskultur er diffuse. Jeg mener likevel at jeg her har identifisert noen trekk som kan tyde på at mistillit var et utbredt fenomen i Luangwa.

6.6 Konsekvensene av mistillit på målet om en bedre helse for alle

Jeg har over vist hvordan mistillit var utbredt fenomen i Luangwa. Det er klart at det også eksisterer tillit, men gitt problemstillingen er det mistillit jeg her fokuserer på. Samtidig kan det nevnes at problemstillingen ble utformet på bakgrunn av datamaterialet, og var ikke førende for datainnsamlingen. Empirien taler slik for høy grad av mistillit til helseinstitusjoner i Luangwa, men bærer også bud om en generell mistillit til den sosiale organiseringen av livet i dette området.

Det kan derfor hevdes at samarbeid og felles aksept for enkelte verdier som f.eks AIDS bekjempelse vanskeliggjøres i en slik kultur. Helseinstitusjoners budskap blir mistrodd og informasjon når vanskeligere frem. Risiko ved mellommenneskelig handling og mangel på kollektiv solidaritet fører til at man tyr til desperate tiltak som å gifte seg med HIV positive for egen beskyttelse og sikkerhet. Man voldtar barn for

egen vinning. Hvordan skape tillit i et slikt risikosamfunn? Hvilke institusjoner har slik kapasitet? Det gir grunn til ettertanke.

Reformens målsetting om en bedre helse for alle mener jeg blir undergravd som følge av mistilliten blant brukere. I en studie fra 1994 om effekt av innføring av egenandelene i Lusaka fant man at antall nye brukere ved 12 utvalgte helsesentre falt med inntil 73% for enkelte pasientgrupper ved innføring av egenandelen i 1993. (G. Kahenya and S. Lake, 1994) I følge mitt resonnement over var egenandelen ikke anerkjent blant brukerne. Den økte slik mistillit til systemet ved at kostnaden for behandling økte og slik også risikomomentet ved tillitshandling. Folk benyttet seg derfor heller av tradisjonell medisin. Konsekvensen var at mange kom for sent i kontakt med det offentlige helsevesenet og mange døde som følge av sen behandling. I tillegg døde mange grunnet feilbehandling hos medisinmenn.

Foreldres mistillit til klinikker, sykehus og vaksinasjonsprogrammer fører til at sykdomsforebyggende tiltak rettet mot barn ikke når frem og at barn ikke mottar nødvendig behandling. Dette øker barnedødeligheten og senker forventet levealder.

Befolkningens mistillit til helsevesenets informasjon om HIV og AIDS bidrar til den eksplosjonsartede utviklingen av denne sykdommen i landet.

Kampanjer for å forebygge enkle, men dødbringende sykdommer som diarè og dysenteri nådde heller ikke frem. Jeg spurte alle mine bruker respondenter om de kokte vannet sitt. Med ett unntak sa alle nei. Samtidig kunne alle forklare hvorfor man av helsemessige årsaker burde koke vannet. Informasjonen når frem men blir ikke etterlevd.

Slik får helseinstitusjoner, om enn begrenset i sitt tilbud, en redusert rolle som verktøy i arbeidet om å oppnå en bedret folkehelse. Brukernes mistillit til disse institusjonene kan være en av årsakene til dette. Konsekvensen er alvorlig all den tid manglende tillit til helsevesenet tilsynelatende fører folks atferd inn i et helsenedbrytende handlingsmønster, med opprettholdelse av overtro, farlige religiøse skikker og livsfarlige holdninger.

6.7 Avsluttende betraktninger

Noen helseindikatorer kan illustrere utviklingen i Zambia de siste 15 årene:

- Barsedødelighet:

Tall fra 1991 viste en barsedødelighetsrate (barn under 5) på 120 pr 1000 levende fødte. I 2002 hadde dette tallet steget til 182.3 pr 1000 levende fødte i rurale strøk og 148/ 100 levende fødte i urbane strøk.

- Forventet levealder:

I 1991 var forventet levealder for kvinner 57.5 år ved fødsel og tilsvarende 55.4 år for menn. I 2004 var tilsvarende tall 40 år for begge kjønn.

- HIV/AIDS:

4262 var det offisielle antallet registrerte AIDS tilfeller i Zambia i 1990. I 2003 var det forventet at 89 000 pr 100 000 dødsfall i Zambia er HIV/AIDS relaterte, dvs 89%. HIV/AIDS er også dødsårsak i 16.1% av tilfellene blant barn som dør før fylte 5 år.

(tall fra www.who.com og MoH, 1991)

Dette er triste tall og viser hvor stort innhugg AIDS gjør i forhold til helsesituasjonen i dagens Zambia. Det kan også illustrere at reformen i liten grad har maktet å nå sitt mål om en bedre helse til alle. Men ikke minst tegner dette et tydelig bilde av hvilke enorme utfordringer det Zambiske helsevesenet står overfor. Uten befolkningen med på laget kan denne jobben bli uoverkommelig. Jeg gjør meg også noen tanker rundt vilkår for å etablere tillitskultur for fremtidige generasjoner. Giddens (1990) mener at ontologisk sikkerhet læres som barn og etableres i relasjon til trygge omsorgspersoner. Slik sikkerhet er avgjørende for senere utvikling av tillit til sosiale systemer og institusjoner. Hva med alle barna som vokser opp uten foreldre eller andre nære omsorgspersoner i dagens AIDS herjede samfunn? Vil de lære slik grunnleggende sikkerhet om verdens kontinuitet? Kan dette medføre at terskelen for å etablere en tillitskultur vil høynes?

Etablering av tillit til systemer og institusjoner blant befolkningen mener jeg er avgjørende for sosial og økonomisk utvikling. Utvikling av demokratiske institusjoner med tilstrekkelig institusjonell kapasitet, slik helsereformen ennå forsøker, må være veien å gå.

Ellers blir det som nonnene så ofte sa det; In God we trust.

Litteraturliste

- Barbalet, J.M, 1996. " *Social emotions: confidence, trust and loyalty*" i International Journal of Sociology and Social Policy, Vol. 16, No. 9/10
- Coleman, J C 1990: "*Foundations of Social Theory*" Cambridge; MA:Harvard University Press
- Evans, Peter 1996a, "*Embedded Autonomy and Industrial Transformation*", Political Power and Social Theory, vol.10, 1996
- Evans, Peter 1996b, "*Introduction: Development Strategies Across the Public-Private Divide*" og "*Government Action, Social Capital and Development: Reviewing the Evidence on Synergy*" World Development, Vol. 24, No.6, 1996
- Paul J. Freund, Katele Kalumba 1986: "*Spontaneously Settled Refugees in Northwestern Province, Zambia*" *International Migration Review*, Vol. 20, No. 2, Special Issue: Refugees: Issues and Directions (Summer, 1986)
- Gerschenkron, Alexander 1992: "*Economic Backwardness in Historical Perspective*", i Mark Granovetter & Richard Swedberg red. *The Sociology of Economic Life*, Westview Press, 1992
- Giddens, Anthony.1990: "*The consequences of modernity*", Stanford University press, Stanford California, 1990
- Gulbrandsen, Trygve 1978: "*Makt og tillit.*" Magistergradsavhandling. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Gulbrandsen, Trygve: 2000. *Om tillit*. Sosiologi i dag, årgang 30, utgave 3/2000. Novus forlag, Oslo
- Kahenya, Grace og Lake, Sally 1994: "*Userfees and their impact on utilisation of key health services*" Ministry of Health/UNICEF, Lusaka
- Kalumba, Katele 1997: "*Towards an equity-oriented policy of decentralization in health systems under conditions of turbulence: The case of Zambia.*" Discussionpaper no. 6. Sveits: Secretariat: Division of Analysis, Research and Assessment. World Health Organization.
- Lam, W. Fung 1996: "*Institutional Design of Public Agencies and Coproduction: A Study of Irrigation Associations in Taiwan*", World Development, Vol. 24, No.6, 1996
- Lee, Raymond M. 1995: "*Dangerous fieldwork*". London: Sage.

Lofland, John & Lofland, Lyn 1984: *Analyzing social settings. A guide to Qualitative Observation and Analysis*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.

Luhman, Niklas 1979: *Trust and power*, New York: John Wiley.

Luhman, Niklas. 1988. *"Familiarity, Confidence, Trust: Problems and alternatives"* I D. Gambetta, red., *Trust: Making and breaking cooperative Relations*. Oxford Basic Blackwell.

Medard, Jean-Francois 1996, «*Patrimonialism, Neo-patrimonialism and the study of the Post-colonial State in Subsaharan Africa*», i Marcussen H.S (ed.) *Improved Natural Resource Management- The Role of Formal Organisation and Informal Networks and Institutions*, Occasional Paper no. 17, International Development Studies, Roskilde University

MoH: Government of the Republic of Zambia (GRZ) 1991: *"National Health Policies and Strategies (Health Reforms)"* Lusaka: Ministry of Health (MoH)

MoH: Government of the Republic of Zambia 1998: *Country Health System Profile*, Lusaka, Ministry of Health (MoH)

Offe, C 1999: *"How can we trust our fellow citizens?"* I.P Warren, red, *Democracy and Trust*. Cambridge: Cambridge University Press.

Punch, Maurice 1994: *"Politics and Ethics in Qualitative Research."* Pp. 83-99 in *Handbook in Qualitative Research*, edited by Norman K. Denzin and Yvonna S. Lincoln. Thousand Oaks: Sage Publications

Putnam, R. David, 1993: «*Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*», Princeton University Press, 1993

Repstad, Pål 1996: *"Mellom nærhet og distanse"* Oslo :Universitetsforlaget

Sztompka, Piotr 1998: *"Trust, Distrust and Two Paradoxes of Democracy"* In *European Journal of Social theory*, Vol 1, no.1 19-32, SAGE Publications

Sztompka, Piotr 1999: *"Trust. A Sociological Theory"* Cambridge University Press, Cambridge 1999.

Wolf, Daniel R. 1991: *"High-Risk Methodology: Reflections on Leaving an Outlaw Society."* Pp. 211-223 in *Experiencing Fieldwork: An Inside View of Qualitative Research*, edited by William B. Shaffir and Robert A. Stebbins. Newbury Park: Sage Publications.

Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt