

Forberedende oppgaver til kurs i global helse Bergen mars/april 2025

Dere skal **ett av de tre** temaene under. Dere velger oppgave ved å fylle ut svarskjema (se e-post) **innen 18.3**, slik at vi kan dele inn i grupper i forkant av oppstartsmøte 25.3. På oppstartsmøtet vil vi utpeke en person i hver gruppe til å ta ansvar for videre koordinering.

Etter oppstartsmøtet skal hver gruppe lage en presentasjon som skal legges frem på kurssamlingen i april. Kikk på den anbefalte litteraturen (under *Globale helsetjenestesystemer* for oppgave A og B og under *Helsefremmende arbeid globalt* for oppgave C) og gjør deg noen refleksjoner rundt de ulike punktene i forkant av gruppearbeidet.

Oppgave A: **Verdihåndtering i global helse:**

- Beskriv kort hva du tenker er overordnede mål for helsesystemer og helsetjenester
 - Slik du ser det, er det forskjell på målene i Norge og målene globalt?
- Beskriv hvilke verdier (og etisk plattform) som er viktigst (oftest brukes for å beskrive måloppnåelse) for overnasjonale globale helse-aktører.
 - I hvor stor grad tror du disse påvirker verdier og målbeskrivelser til nasjonale myndigheter i lav- og mellominntektsland?
- Beskriv indikatorer som oftest brukes for å beskrive måloppnåelse i global helse. Hvilke verdier uttrykker disse indikatorene?
- Beskriv hvilke verdier (og etisk plattform) som du tenker er viktigst for helsearbeidere i helsetjenestene i lav- og mellominntektsland.
 - Hvordan sammenfaller disse med verdiene til helsearbeidere i Norge?
- Beskriv potensielle verdikonflikter og eventuelle konsekvenser av slike konflikter mellom overnasjonale helseaktører og helsearbeidere i lav- og mellominntektsland.
 - Hvordan sammenfaller det med diskusjonen i Norge om fastlegeutfordringene, Helseforetaksmodellen, målstyring og «tillitsreform»?

Oppgave B: **Prioritering av helsetjenester, tillit og betalingsvilje:**

- Helsetjenester organiseres ofte i en Helsepyramide.
 - Nevn de viktigste kriteriene for plassering av tjenestene høyt eller lavt i en pyramide.
 - Nevn eksempler på helsetjenester som oppfyller forskjellige kriterier, og plasser de inn i en pyramide
 - Diskuter hvordan plasseringen i helsepyramiden av tjenestene du valgte påvirker muligheten til å oppnå de overordnede målene for helsetjenester
- Gitt at 5 milliarder mennesker mangler tilgang til sikre og tilstrekkelig rimelige kirurgi- og anestesitjenester når de trenger det*:

- Hvordan tror dere dette påvirker tillit til helsetjenestene i befolkningen i land der dette er utbredt, og hvilke ringvirkninger kan dette ha på vilje til å betale for tjenester, forventningene til tjenestene i et samfunn, helse som et offentlig gode og utviklingen av hele samfunnet (inkludert distriktene)?
- Forutsatt at det ikke er nok helsepersonell eller infrastruktur til å tilby helsetjenester i hele helsepyramiden, hvordan påvirker refleksjonene over hvilke råd dere ville gitt helseministeren i et lavinntektsland, f.eks. Tanzania, om prioritering mellom
 - Forebyggende og kurative helsetjenester?
 - Sentraliserte eller desentraliserte tjenester?
- Hvilke reformelementer og helsesystembyggeklosser ville dere jobbet med først, og hvorfor?

Oppgave C: Helsefremmende arbeid i et globalt perspektiv

Les følgende tre vignetter:

Vignette 1: Ghana: In 2016, in a small village called Saforo, about 25 km from the town of Koforidua, Eastern Region, a 55-year-old woman, beloved and highly respected in the village, lost her job because the Government of Ghana had ratified UN Agenda 2030 – the 17 sustainable development goals (SDGs). Mama Peter had been a traditional birth attendant for 35 years (since the birth of her first-born, Peter). In 2020, villagers were still coming to her to ask for help with pregnancy complications or when delivery time was approaching, but she had to refuse to help because she is not counted as ‘skilled health personnel’ and it would be illegal for her to do anything. Instead, they must try to find transport to Koforidua where there may or may not be skilled health personnel on duty at the health station. Mama Peter has not found other work and is now dependent on her children (who no longer live in the village) for food, clothing and shelter while the villagers still look to her for help.

Vignette 2: Tanzania: In Njombe, a small town near Lake Nyasa in the west of the country, a happily married 30-year-old mother-of-four was unhappily expecting her fifth child. She was dreading the approaching birth because of the midwives at the hospital. They were young, unmarried government employees who had never themselves given birth and she, as an ‘old’ woman had experienced disrespect, shame and very poor-quality care when her fourth child was born. She was anticipating the same when the time came for the fifth to be born but felt pressurised to give birth at a health facility. (Norway has funded a Payment-for-Performance programme which gives a bonus to midwives for every birth they attend in a facility.).

Vignette 3: Norway https://www.nrk.no/vestland/tysnes-kommune-mangler-jordmortjeneste_-gravide-kvinner-uttrykker-bekymring-1.16953728

Spørsmål:

- Hvilke av følgende aspekter mener du bør prioriteres i svangerskaps- og fødselsomsorgen – i Norge og i lavinntektsland? Hvorfor?
 - o Medisinsk
 - o Sosialt
 - o Kulturelle

- Kan organiseringen av svangerskap- og fødselsomsorgen beskrevet i de tre eksemplene bidra til å skade sosiale relasjoner og nettverk og tradisjonelle måter å forstå helse (kulturell og sosial iatrogenese)? (O'Mahony, 2016). På hvilken måte kan dette skje? Hvilke andre utilsiktede bivirkninger kan oppstå?

- Hvordan kan hvert av følgende rammeverk hjelpe helsepersonell med å unngå kulturell og sosial iatrogenese?

- o Menneskerettigheter (akseptable tjenester kjennetegnet av tilgjengelighet, tilgang, kvalitet)

- o Helsefremmende strategier og handlingsområder (WHO, 1986)

- o Erfaringsbasert kunnskap (Schwartz, 2011, s. 3-9)

Health Promotion strategies

- Enable
- Mediate
- Advocate

Health promotion action areas

- Build healthy public policy
- Create supportive environments
- Strengthen community action
- Develop personal skills
- Reorient health services

Social iatrogenesis – structural dependence on institutionalised health care that undermines relational support and other social networks

Cultural iatrogenesis – the destruction of traditional ways of making sense of health & sickness, suffering, and death.