

Präventive Aspekte und Probleme eines ländlichen Gesundheitsprojektes im Tschad – Das Bedürfnis nach Gesundheitsanimation

W. Baur¹

Seit drei Jahren ist im Süden Tschads (Zentralafrika) ein ländliches Gesundheitsprojekt im Aufbau. Ein 45-Betten-Spital steht einem Gebiet halb so gross wie die Schweiz mit 30 000 Einwohnern und vielen Nomaden zur Verfügung. Bisher wurde geheilt, wer nahe wohnte oder den Transport bezahlen konnte. Allerdings nur solange Medikamente und Faden vorhanden waren, sonst ruhte das Gesundheitswesen in dieser Gegend. Das Wenige reichte gerade aus, um Bedürfnisse zu schaffen. Sonst hat sich wenig geändert: Die Kleinkinder sterben an schwerer Malaria, Durchfall, Masern, mangelnder Zusatznahrung beim Stillen; die Schulkin- der verlieren ihre Kräfte an Würmer; die Arbeitskraft der Erwachsenen wird gelähmt durch schlecht heilende Wunden, Tuberkulose, Lungenentzündung, Alkoholismus.

Die Aufgabe ist klar, deren Lösung schon weniger: Die unrentable Sprechstunden- und Operationssaal- medizin muss erweitert werden in ein integriertes Santé-publique-Programm, welches die Gesamtbevöl- kerung erfasst, die finanziellen Möglichkeiten des Landes respektiert, die von aussen kommende Ent- wicklungshilfe optimal ausnützt, von Bevölkerung und Regierung getragen ist und einen einmal erreichten Gesundheitsstandard der Bevölkerung auch halten kann. Das Programm soll folgende Aufgaben erfüllen:

- Gesundheitserziehung
- Betreuung von Schwangeren und Stillenden sowie Säuglingen und Kleinkindern (Gruppen mit hohem Risiko)
- Verbesserung von Trinkwasser- und Umwelthy- giene
- Impfkampagnen, Epidemie und Endemiebekämp- fung
- Einfache Behandlung häufiger Krankheiten
- Möglichkeit der Evakuierung ins Gesundheitszen- trum für schwere Fälle

Die grosse Frage für den einsamen Arzt im Busch, «Wie soll ich denn das alles bewältigen», hat schon manchen zurück ins Sprechzimmer und in den Opera- tionssaal getrieben. Immerhin, der Schreck zeigt das wichtigste Mittel im Kampf gegen Tropenkrankheiten – leider lernt man es nicht im Studium und findet es nicht in Therapiebüchern: Mitarbeiteraus- und -wei- terbildung, sich wandeln zum Gesundheitsanimater.

Die Idee des Barfussarztes nach chinesischem Vorbild ist bestechend: maximale Dezentralisation; billig, da

Lebensumstände und medizinische Praxis einer ländlichen Zone Zentralafrikas bedingen Pro- jekte, die sich nicht mühelos realisieren lassen, wie die «Gesundheitsanimation» und den «Bar- fussarzt».

nicht staatlicher Lohnempfänger; ständige Überwa- chung von Umwelt- und Trinkwasserhygiene im Dorfe wird möglich; enge Verbindung zwischen Dorf und Gesundheitswesen, das heisst moderner Medizin; verbreitete Krankheiten können ständig behandelt werden, so zum Beispiel Malaria (Nivaquisierung der Kinder), Durchfälle (zeitige Rehydratation), lang- wierige Wundbehandlungen im Dorf und nicht im Spi- tal, Überwachung der Tabletteneinnahme bei Tbc und Lepra verkürzt die Hospitalisationsdauer, ja macht eine wirksame Behandlung überhaupt erst möglich; Vororganisation von Impfkampagnen verbessert die Durchimpfung der Bevölkerung.

Und wiederum: Der Arzt schafft Ausbildung und die noch viel wichtigere regelmässige Überwachung dieser Leute alleine nicht. Die unterbeschäftigten Pfleger müssen dazu motiviert und ausgebildet werden. Aber eben, dabei verwandelt sich die bisherige Halbtags- in Ganztagsarbeit, ohne dass am Salär das Geringste ge- ändert würde. Die Versorgung der weitergelegenen Bevölkerung bedeutet eventuell zeitweise Entfernung vom Wohnort. Ein Zentrum, welches sich um unter- versorgte Gebiete kümmert, muss eventuell kleinere Opfer von der bisher bevorzugten Bevölkerung der näheren Umgebung verlangen. Gescheite Entwick- lungshilfe im Gesundheitswesen bedeutet, dem einhei- mischen Personal die Probleme des Landes näherbrin- gen und sie dazubringen, ihre Lösung selber in An- griff zu nehmen und dafür eventuell persönliche Opfer zu bringen.

Und das schwierigste Problem, dessen Lösung wahr- scheinlich langfristig über Erfolg oder Misserfolg des Basisarztsystems entscheidet: Auch der Barfussarzt ar- beitet nicht gratis. Verschiedene Modelle bieten sich an: – Jede Familie des Dorfes zahlt zur Zeit der Ernte einen kleinen Betrag, sozusagen eine Gesundheits- steuer? Wirtschaftlich wäre dies ohne weiteres mög- lich, doch die Tücke liegt ganz woanders. Gerät das Geld sofort in die Hände des Barfussarztes, so existiert davon nach einem Monat nichts mehr, und der Anreiz zur Arbeit ist verschwunden. Wird für das Geld ein Verwalter eingesetzt, so geht es nicht besser, nur dass

¹ Arzt, Inselstrasse 8, CH-8610 Uster. Früher: Médecin-chef, Cen- tre médical de Bousso, Tchad.

sich das Geld noch weiter vom Bestimmungsort entfernt. Die mangelnde Fähigkeit, Geld und Material zu verwalten, ist eine der grössten Hemmnisse der Entwicklung nicht nur im Gesundheitswesen.

– Eine kleine Gewinnmarge auf den abgegebenen Medikamenten? Eigentlich das Einfachste würde aber der Präventivmedizin von Anfang an die Beine absägen. Der Vorwurf, die Industrieländer betrieben über die Barfussärzte vor allem Kommerzialisierung ihrer Produkte, liesse nicht lange auf sich warten. Auf der andern Seite: Gut rentierende Antimalariamittel könnten vielleicht die Forschung um neuere solcher Substanzen stimulieren. Resistenzen gegen bestehende Mittel treffen ja wieder besonders die Entwicklungsländer.

– Das Dorf bestellt ein gemeinsames Feld für den Barfussarzt und zahlt ihn mit dessen Ernte? Dies würde am ehesten noch den bestehenden sozialen Verhältnissen entsprechen. Es setzt aber eine grosse Einigkeit der Bevölkerung während einer ganz bestimmten Zeit voraus. Ein Zwist zu jener Zeit kann das Programm für ein ganzes Jahr lähmen. Eine Überwachung von aussen ist also nötig. Vorläufig liegt das Interesse an solcher Überwachung noch weitgehend beim Entwicklungshelfer, womit wir wieder auf einen ganz wesentlichen Schlüssel in der medizinischen Entwicklungshilfe gestossen sind: Administratoren und Ärzte müssen für die Idee gewonnen werden. Die Mission arbeitete beispielsweise vier Jahre allein mit Dörfern vor der erstmaligen Rekrutierung von Barfussmedizinern. Experimente anderer Länder, WHO-Anstrengungen und solche privater Organisationen vermochten in letzter Zeit die Tschader Administration für diese Idee zu beeinflussen. Dies erleichterte uns die Zusammenarbeit mit lokalen Autoritäten ganz wesentlich. Zusammen mit der Propagandawirkung anderer Dörfer mit bereits arbeitendem Barfussmediziner verkürzte sich dann die Rekrutierungszeit in andern Dörfern auf vier Monate.

Und trotzdem gewisse Entwicklungsländer die Idee akzeptieren, die Frage bleibt: «Werden wir von den reichen Ländern nicht einfach billig abgespeist?» Tatsächlich: Befinden wir uns nicht in der Lage des Arztes, welcher seinem Patienten mit der Zigarette im Mund Rauchabstinenz empfiehlt? Unser System wird von den Verantwortlichen der dritten Welt genauestens verfolgt, und die Bereitschaft zur Kopie ist übermächtig. Jede Richtungskorrektur unserer eigenen Medizin ist deshalb für die Medizin in der dritten Welt mindestens ebenso bedeutungsvoll wie die direkten Hilfen an diese Länder.

«Woher kommt Bilharziose?» «Von übermässigem Zuckerkonsum», antworteten Gymnasiasten. Diskussion überflüssig – Gesundheitserziehung ist dringend. Für die unwissende Bevölkerung werden die verschiedenen Krankheitsübertragungsmechanismen zu spannenden Geschichten, falls vorgetragen von einheimischen Pflegern, welche Moderne und Tradition kennen. Illustrationen mit Bildern lokaler Künstler, hergestellt in enger Zusammenarbeit mit dem für die In-

struktion ausgebildeten Personal, verstärken ganz wesentlich die Bemühungen. Gegendarstellungen durch Älteste und traditionelle Heiler, welche natürlich ihre Kunden auch nicht verlieren möchten, führen zu eingehenden Diskussionen unter der Bevölkerung und oft auch zur Preisgabe lange gehüteter, traditionell medizinischer Geheimnisse.

Halszäpfchenschneiden, oft geübt gegen Brechen, Halsweh, Heiserkeit, wurde früher logisch angewendet, weil zu lange Halszäpfchen den Zungengrund kitzelten und die Kinder zum Brechen reizten. Nach und nach wurde dann die Indikation trotz kurzen Halszäpfchen erweitert, weil der Grossvater Indikation und Therapie ohne Kausalverknüpfung weitergegeben hat, und weil es ganz einfach rentierte. Mütter geben ihren durchfallkranken Kindern Abführmittel, weil dann die Krankheit schneller rauskommt. Andere geben bei Durchfall nichts mehr zu trinken, denn wo man nichts mehr oben rein gibt, kommt unten auch bald nichts mehr raus.

Gewiss, Gesundheitsinstruktion wird diese Missstände nicht schlagartig verhindern, sie ist aber langfristig an deren Bekämpfung wesentlich beteiligt, weil, wie wir aus den Beispielen gesehen haben, die Menschen durchaus auf Logik ansprechbar sind. Sicher, bei Wasser- und Umwelthygiene- sowie Mutter-und-Kind-Programmen sind die Faktoren Bedürfnisbefriedigung, Einkommenserhöhung, Bequemlichkeitsvermehrung wesentlich stärkere Mittel, Verhalten zu ändern. So kann ein Brunnen unbenutzt bleiben, weil die Bevölkerung das dreckige Flusswasser aromatischer findet – liegt dieser Brunnen mit demselben Wasser aber wesentlich näher als der Fluss, so siegt die Bequemlichkeit. Ein Brunnen wird vielleicht nicht der Gesundheit zuliebe gebaut, vor allem, wenn das Vertrauen in die Gesundheitsanimatoren noch nicht gross ist; er wird aber ohne weiteres gebaut, falls das Dorf dadurch die Chance erhält, Marktflleck zu werden und sich damit das Einkommen bessert. Wird Pulvermilch in Mutter-und-Kind-Beratungsstellen verteilt, so werden sich dort die Konsultationen stark erhöhen. Nach der Verteilungsaktion werden die Konsultationen wieder zurückgehen, aber nicht mehr auf die ursprüngliche Zahl. Richtig in diese Aktionen integrierte Gesundheitserziehung schafft Vertrauen, was sonst ständig mit therapeutischen Aktionen gewonnen werden muss. Voraussagen werden bestätigt – Prävention wird glaubhaft.

Die Bevölkerung wird dadurch reif, soziokulturelle Veränderungen der Gesundheit zuliebe vorzunehmen. Die drückende Armut der Menschen der dritten Welt, die tägliche bange Frage nach dem Brot des nächsten Tages hinderte bisher eine wirksame Zukunftsorientierung. Dies hindert nicht nur die Präventivmedizin, sondern ist ein entwicklungshemmender Faktor ersten Ranges, weil dadurch die dringend nötige Kapital- und Vorratsbildung in diesen Ländern unterbleibt. Die Gesundheitsanimation in präventiver Hinsicht erhält damit eine ganz wesentliche Funktion im Hinblick auf die gesamte Entwicklung eines Landes.

Zusammenfassung

Der Hemmschuh des Fortschrittes im Gesundheitswesen der dritten Welt liegt im soziokulturellen Bereich. Ein wesentlicher Teil der Therapie der Tropenkrankheiten liegt deshalb in der Gesundheitsanimation. Ihre praktische Durchführung verlangt vor allem eine Aus- und Weiterbildung des bestehenden Gesundheitspersonals und von Bevölkerungsteilen in dieser Disziplin. Leider ist sie noch weitgehend unbekannt und unerforscht. Antworten auf diese Fragen können ganz wesentlich zur Gesamtentwicklung des betreffenden Landes beitragen.

Résumé

Aspects et problèmes de la prévention dans un projet de santé rurale au Tchad – Le besoin d'une animation sanitaire

C'est dans le contexte socio-culturel qu'on trouve certains des plus grands obstacles aux progrès de la santé dans les pays en développement. L'animation sanitaire est une partie essentielle, trop négligée jusqu'ici, de la prise en charge médico-sanitaire. Sa mise en œuvre nécessite la formation et le recyclage des personnels sanitaires existants comme aussi de parties de la population. Elle inclut le concept du «médecin aux pieds nus», qui répond de façon pertinente aux problèmes prioritaires, et qu'il faut appliquer. On doit noter toutefois certaines difficultés, par exemple quant au mode de rémunération de cet agent sanitaire (l'auteur discute quelques possibilités à ce propos). Il n'est pas facile non plus, dans la pratique, de mobiliser la collectivité par l'éducation sanitaire et d'obtenir sa participation aux mesures nécessaires de prévention et de promotion de la santé. L'élément crucial est de gagner sa confiance. L'auteur décrit ses expériences pratiques au Tchad dans ce domaine.

L'animation sanitaire stimule la responsabilisation de la population et la formation d'une orientation prospective, qui peuvent contribuer de façon importante aux efforts de développement communautaire global. Il faut lutter contre les facteurs qui ralentissent cette évolution, parmi lesquels certaines habitudes et des obstacles de nature administrative.

Summary

Preventive Aspects and Problems in a Rural Health Project in Chad—The Need for Health Animation

Some of the main difficulties encountered in health work in developing countries depend on the sociocultural conditions. Health animation, which includes health education, is an essential component (often neglected until now) of rural health care. Its implementation requires the training and recycling of existing health personnel as well as of parts of the population. It includes the concept of "barefoot doctor", which corresponds well to the prevailing priority health needs. One should note potential difficulties, however, for example in regard to the way the barefoot doctor is to be remunerated (the author discusses some possibilities). It isn't easy either, in practice, to mobilize the community through health education and to obtain its participation in prevention and health promotion measures. The crucial element is to win its confidence. The author describes his practical experiences in Chad in this respect. Health animation stimulates the responsabilization and the development of a prospective outlook in people, and can thus make an important contribution to their overall development efforts. It is necessary to fight factors which slow down such an evolution, among which certain habits as well as obstacles of an administrative nature.

Als Op-Schwester und Hebamme in Kamerun

Eindrücke und Erfahrungen im Grasland (Nordwestkamerun) während eines sechseinhalbmonatigen Aufenthaltes in einem auf 1800 m Höhe gelegenen Spital

Charlotte Raeber¹

Es ist November und Trockenzeit, der Blick auf die umliegenden Hügel lässt erkennen, dass die Einwohner schon weite Gebiete des hohen Grases durch gelegte Feuer abbrannten. Über diese teils schwarzen Hügel erreichen Patienten weitentlegener Gehöfte in stunden-, ja oft tagelangen mühseligen Märschen über Pfade durch den Busch unser Spital. Leider befinden sich unter diesen Patienten immer wieder solche, für die jede Hilfe zu spät kommt. Sie liessen sich vom Mediziner über längere Zeit leider erfolglos behandeln, im Spital hoffen sie durch eine Operation, Spritzen oder Tabletten noch geheilt zu werden.

Ein persönlicher Beitrag über die Gesundheitsprobleme Kameruns und das tägliche Leben inner- und ausserhalb eines Spitals

Das Spital mit 130 Betten hat eine medizinische, chirurgische, eine Kinder- und Wöchnerinnenabteilung sowie einen Röntgenraum, ein Labor und eine Apotheke. Ein Haus steht jenen schwangeren Frauen zur Verfügung, bei welchen ein operativer Eingriff vorgesehen ist der Komplikationen bei der Geburt vermutet werden. Dieses sogenannte «camp» steht diesen Frauen ein bis zwei Monate vor dem geplanten Spitalintritt zur Verfügung. Die Benützung ist unentgeltlich. Im Spital wird wöchentlich ein Tag den Kindern unter sechs Jahren und Müttern in Erwartung vorbehalten. Ein wesentlicher Teil ist die Poliklinik mit über

¹ Krankenschwester und Hebamme Korrespondenzadresse: 31, Museggstrasse, CH-6004 Luzern. Früher: Presbyterian Hospital Acha Tugi, Mbengwi, N.W. Province, United Republic of Cameroon.