



## **Qualitative Forschung des Tribal Health Center Somagiri, Orissa, Indien**

Die folgende Zusammenfassung ist eine Kurzfassung der Forschungsarbeit der Universität Fribourg. Alle Angaben sind wörtlich aus dem Bericht entnommen. In Klammern sind Hinweise für ein besseres Verständnis mit „red.“ bezeichnet. Die vollständige Forschungsarbeit kann bei der Stiftung Usthi eingesehen werden.

### **Lehrstuhl für Sozialarbeit und Sozialpolitik Universität Fribourg CH**

Betreuung: Amir Sheikhzadegan

Team: Natalie Ernst  
Lourdes Regueiro  
Vera Strickler  
Pirmin Egger

#### Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Hintergrundinformationen

Forschungsstand

Theoretischer Rahmen

Methodische Vorgehensweise

Ergebnisse aus Erhebungen

Diskussion

Weiterentwicklung des THC und Lösungsvorschläge

*Die Forschungsarbeit umfasst 205 Seiten. Dieser Auszug will einen Einblick geben über den Umfang der Forschung und der anschliessenden Diskussion. Interessierte haben die Möglichkeit die vollständige Forschungsarbeit bei der Stiftung Usthi einzusehen, red.*



## Einleitung

Die vorliegende Studie möchte dieses Entwicklungsprojekt (Tribal Health Center Somagiri red.) im Sinne einer qualitativen Evaluation untersuchen und beurteilen. Die Arbeit soll ausserdem alle Prozesse, welche rund um das Gesundheitsnetz des THC ablaufen, beschreiben, auf dessen Nachhaltigkeit untersuchen und die Akzeptanz dieses Spitals in der ansässigen Bevölkerung erforschen.

## Forschungsfrage

***Wie funktioniert das Gesundheitsnetz um das Dschungelspital Somagiri, wie nachhaltig sind dessen Bemühungen und auf welche Akzeptanz in der Bevölkerung stösst es?***

## Nachhaltigkeit

Der Brundtlandbericht von 1987 besagt, dass Nachhaltigkeit „die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu riskieren, dass künftige Generationen ihre eigenen Bedürfnisse nicht befriedigen können.“

Leistungen im Rahmen des Gesundheitsnetzes rund um das THC werden in der vorliegenden Arbeit somit dann als nachhaltig erkannt, sobald eine langfristige Durchführung und Bereitstellung dieser Leistung in keiner Weise negative Konsequenzen für die Bevölkerung, die Wirtschaft oder die Ökologie in der Zukunft mit sich bringt. Prävention spielt in der vorliegenden Arbeit eine wichtige Rolle als Indiz für nachhaltige Bemühungen.

## Akzeptanz

Von Akzeptanz wird in der vorliegenden Arbeit also gesprochen, wenn eine Zustimmung direkt ausgesprochen wird, aber auch wenn durch Beobachtungen der Handlungen Schlüsse auf die Befolgung der Ratschläge oder auf die hohe Wertschätzung des THC und/oder der HW (Health Worker red.) erkannt werden können.

## Zweck und Ziel der Arbeit

Die Evaluationsforschung hat in erster Linie den Zweck, der Stiftung Usthi und deren Partnerorganisation in Indien einen erweiterten Einblick in das von ihnen unterstützte Projekt zu geben.

Die folgende Arbeit leistet somit einen weiteren wichtigen Beitrag zum nationalen und internationalen Diskurs über die Entwicklungszusammenarbeit und zwar in einer anderen Form als dies die häufig vorkommenden Kosten-Nutzenanalysen aufzeigen.

## Hintergrundinformationen

Orissa, Teilstaat von Indien zählt 36.71 Millionen Einwohner. Die Hauptsprache ist Oriya und wird von 81% der Bevölkerung gesprochen. Daneben existieren viele zusätzliche indigene Sprachen.

Somagiri liegt im Bezirk Keonjhar. In diesem Bezirk, mit einer Fläche von 8303 km, leben 1.56 Millionen Einwohner, 86% davon oder 1.34 Millionen leben im ländlichen Dschungel.

## Gesundheitssystem in Bezirk Keonjhar

In Keonjhar sind nur vier Hauptkrankenhäuser vorhanden, wobei aber in jedem der 13 Blocks zusätzlich noch ein gesundheitliches Hauptzentrum („Community Health Center“) vorhanden ist. Daneben gibt es noch 81 Public Center und 316 Sub Center, welche für fünf bis sechs Dörfer verantwortlich sind. In Keonjhar haben die Einwohner, die unter einer bestimmten Armutsgrenze leben, Anspruch auf gewisse Dienstleistungen vom Gesundheitssystem, für deren Kosten der Staat aufkommt.



## THC Somagiri

Durch die relativ zentrale Lage des Spitals können die Angestellten des THC Menschen aus bis zu ungefähr 140 Dörfern behandeln und pflegen.

Die sogenannten adoptierten Dörfer (2009 / 48 Dörfer mit 54 Health Worker red.) können von zusätzlichen Unterstützungen profitieren, wozu unter anderem die Health Worker (HW red.) vor Ort gehören.

(Zusätzliche Informationen über das THC Somagiri unter [www.usthi.ch](http://www.usthi.ch) red.)

## Forschungsstand

Für den Forschungsstand, auf welchem die vorliegende Arbeit aufgebaut werden soll, werden vor allem Studien berücksichtigt, welche sich mit der Gesundheit indigener Völker auseinandersetzen.

Die ausgewählten Studien decken ein umfangreiches Spektrum ab, da ihr Fokus nicht nur auf die Tribes in Indien gelegt wird, sondern auch über die Maori in Neuseeland, Aborigines in Australien und die Indianer in den USA berichten.

ILO, International Labour Organisation beschäftigt sich mit der indigenen Bevölkerungsgruppen der Welt. Das ILO-INDESCO Programm ist ein überregionales Programm zur Unterstützung des Self-Reliance Ansatzes der indigenen Völker durch Genossenschaftswesen und Selbsthilfeorganisationen. Das Ziel dieses spezifischen Programms ist das sozioökonomische Empowerment der Schedule Tribes in Mayurbhani, Orissa.

## Theoretischer Rahmen

Die öffentlichen und wissenschaftlichen Nachhaltigkeitsdiskussionen halten sich an ein Drei-Säulen-Modell. Dieses Modell wird auch gerne als Dreieck angesehen und definiert drei voneinander unabhängige und gleichrangige Hauptzielsetzungen einer jeden nachhaltigen Entwicklung; Jene der Ökologie, der Ökonomie und des Sozialen.

## Handeln

Erstens muss die Verfügbarkeit der Ressourcen, von welchem die Wirtschaft abhängt, dauerhaft sein und zweitens muss die Basis, auf welchem der Handel oder Austausch geschieht, gerecht sein (Brundtlandbericht red.).

## Natürliche Ressourcen

Eine der grössten Herausforderungen unseres Jahrhunderts für die nachhaltige Entwicklung stellt deutlich die Ressourcenfrage dar. Die entscheidende Frage lautet, wer wie viel von welchen Ressourcen und zu welchem Preis bekommt.

## Investitionen

Die Nachhaltigkeitsdebatte hat heute auch den internationalen Kapitalmarkt erreicht. Claudia Wippich vertritt gar die These, dass umweltfreundliche oder nachhaltige Investitionen die Wettbewerbsfähigkeit und die Rendite eines Unternehmens erhöhen.

Die WTO ist der Handelsmittelpunkt und dessen Bestimmungen laut Elliott auch ein Kernkriterium für die weitere nachhaltige Entwicklung.

Nicht zu vergessen sind aber auch die nationalen Investitionen in die Gesellschaft, die Wirtschaft und die Umwelt.



## Methodische Vorgehensweise

Um dem Ziel einer qualitativen Evaluationsforschung gerecht zu werden, wurde eine Methodentriangulation als Vorgehensweise gewählt, indem die Hauptkategorien „eigene Beobachtungen“, „Experteninterviews“ und „Leitfadeninterviews mit der ansässigen Bevölkerung“ gebraucht wurden.

Da es im Gesundheitsprojekt Usthi verschiedene Akteure/Interessengruppen gibt, die direkt oder indirekt dessen Gelingen fördern oder behindern, hat sich eine Methodentriangulation als unabdingbar erwiesen. Deshalb ist im Vorfeld der Reise nach Indien entschieden worden, dass die Datenerhebung vor Ort aus drei wesentlichen Punkten bestehen soll. Einerseits sollten mit Hilfe von Expertengesprächen die Hintergründe erforscht und andererseits sollten Leitfadeninterviews mit der ansässigen Bevölkerung durchgeführt werden. Vor Ort hat sich herausgestellt, dass ein zirkuläres Vorgehen unabdingbar ist, weshalb noch weitere, vor Ort entwickelte Erhebungsinstrumente genutzt worden sind, um die aufkommenden Fragen zu beantworten. Diese Instrumente haben hauptsächlich der Kontrollfunktion der Evaluationsforschung gedient und sind namentlich; Dorfprofile, Krankheitstabellen vom „Doorstep Service“ in den besuchten Dörfern, Fragebögen über die Ausbildung der HW (Health Worker red.), Protokolle über den Arbeitstag der HW sowie informelle Feedbackgespräche mit Experten.

## Intersubjektive Nachvollziehbarkeit

Bei der Entstehung der vorliegenden Arbeit wollten wir natürlich seit Beginn der Forschung dem Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit gerecht werden. Protokolle über Sitzungen wurden seit dem ersten Zusammentreffen geführt und jede wichtige Entscheidung festgehalten. Ausserdem haben wir uns im vorliegenden Bericht bemüht, gut selektierte Informationen zu unserem Vorgehen und unseren Entscheidungen, gerade bezüglich unserer Erhebungsmethoden, nachvollziehbar zu dokumentieren. Vor Ort wurden täglich die wichtigsten Eindrücke in der Gruppe diskutiert und festgehalten. Über diesen Diskurs konnten wir schon eine Intersubjektivität vor Ort herstellen und gewährleisten. Auch während der Auswertungs- und Interpretationsphase wurden alle Ergebnisse kontinuierlich in der Gruppe diskutiert.

## Empirische Verankerung und Kohärenz

Unsere im Voraus gewählten Theorien der Nachhaltigkeit, des Empowerments und vor allem der Self-Reliance haben sich als sehr passend und adäquat erwiesen.

Wir konnten für alle Theorien sehr gute Gemeinsamkeiten aber auch den Theorien widersprechende Daten erkennen, welche im Kapitel 7 diskutiert werden. Diese Widersprüche wiederum leisten uns in unserer Evaluationsarbeit einige, dicht an den Daten angesiedelte, Inputs für Veränderungen im Konzept des THC. Diese zirkuläre Arbeitsweise auch bei der Auswertung hat dazu geführt, dass wir schliesslich zwar nur noch wenige Hauptaussagen haben, diese jedoch durch mehrmalige Prüfung wissenschaftlich abgesichert sind. Dies ist für die Forschung deshalb so wichtig, weil unsere Ergebnisse wohlmöglich direkte Auswirkungen auf das THC haben werden.

## Relevanz

Unserer Meinung nach hat unsere Forschung bewiesen, dass diese Menschen (lokale Bevölkerung red.) durchaus etwas zu sagen haben und auch wichtige Inputs zur nachhaltigen Verbesserung dieser Institution (THC red.), zur nachhaltigen Verbesserung der Lebenssituation ihres Stammes, ihres Dorfes und gar ihrer Region und ihrer Umwelt geben können.



## Ergebnisse aus Erhebungen

### Leistungen des THC

Zwischen 1998 und 2006 wurden jährlich im Durchschnitt 19'734 Personen behandelt, davon 9'000 im Outdoor Service des Spitals. Die Anzahl der Indoor Patienten variiert stark und ist abhängig von Epidemien in den Dörfern.

### Grenzen des THC

Das THC hat einige Punkte, wo es mit seinen Möglichkeiten an die Grenzen stösst. Diese hängen oftmals mit fehlender Infrastruktur, fehlendem Personal oder fehlenden Medikamenten zusammen.

Von der Dorfbevölkerung und den Angestellten wurden auch präzise Beispiele genannt, bei welchen das THC an seine Grenzen stösst, wie beispielsweise bei der Hilfe bei Atmungsproblemen, Gehproblemen und Altersschwäche. Bei der Erkrankung von anderen Tuberkulosearten (andere als Lungentuberkulose red.) stehen die Menschen aber laut einem MMSB Mitarbeiter oft sehr hilflos und alleine da.

### Der Versicherungsgedanke

Seit 1997 werden die Bewohner der adoptierten Dörfer gebeten, pro Monat 3 Rs für die Behandlung und die Medikamente zu bezahlen. Hinter dem Versicherungssystem steht auch ein Nachhaltigkeitsgedanke, denn die HW sollen im Prinzip ihren Lohn selber verdienen können und die betroffene Bevölkerung sollte auch dem THC und dem ganzen Gesundheitsnetz eine Unterstützung bieten.

Alle Familien der adoptierten Dörfer haben aber Anspruch auf die Leistungen des THC, auch wenn es ihnen nicht möglich ist die 3 Rs zu bezahlen.

Tabelle 7 zeigt die Anzahl beteiligte Familien der Dörfer und Prozente der Beteiligung 2007 (durchschnittliche Beteiligung 65% red.)

### Doorstep Service

Wie wir aus allen möglichen Gesprächen sowie auch aus unseren Beobachtungen entnehmen konnten, ist der sogenannte Doorstep Service für die adoptierten Dörfer eine der Hauptphilosophien des ganzen Konzepts des THC. Der Doorstep Service soll aber nicht nur als Krankheitsbekämpfungsprogramm angesehen werden, sondern auch als Massnahme zur Prävention von Krankheiten und zur Erweiterung des Gesundheitsbewusstseins der Dorfbewohner.

### Allgemeine Grenzen des Gesundheitsnetzwerkes

Grenzen des Gesundheitsnetzwerkes finden sich vor allem in den äusseren Umständen, den Naturvariablen und der Armut der Bevölkerung.

Weitere infrastrukturelle Probleme finden sich auch in der Erreichbarkeit der Dörfer. Auch wenn sich diese seit Beginn des THC laut Mitarbeitern stark verbessert hat, sind viele Dörfer, wie wir auch selbst miterleben mussten, teilweise nur zu Fuss oder gar nicht erreichbar.

Effektive Kenntnisse der Health Worker

### Grenzen der Health Worker

Die HW stossen wegen mangelnder Kenntnisse oder vor allem wegen fehlenden Medikamenten oft an ihre medizinischen Grenzen.



## Akzeptanz

Die Interviews sowie auch unsere Beobachtungen beweisen, dass die HW und das THC gern gesehen oder zumindest akzeptiert sind. Vor allem die Akzeptanz und Gutheissung der HW scheint ziemlich ausnahmslos vorhanden zu sein.

Negative oder misstrauische Äusserungen über das THC oder die HW haben oft mit der Erreichbarkeit des THC zu tun.

Ratschläge werden mehrheitlich jenen Familien gewährt, welche sehr wenig Präventionswissen vorweisen können, was selbsterklärend ist, da diese Familien mehr Ratschläge brauchen als jene, welche schon über die nötigen Kenntnisse verfügen. Daneben haben wir auch beobachten können, dass diejenigen Dörfer die ein wenig ausgeprägtes Präventionswissen haben auch eher krank werden. Mit der positiven Korrelation zwischen Heilung und Akzeptanz und der Berücksichtigung der akuten Hilfe schliesst sich auch der Kreis wieder. Denn jene, welche ein schlechtes Präventionswissen haben, werden eher krank, sind demnach eher auf akute Hilfe angewiesen und brauchen mehr Ratschläge und sind somit dankbarer für die Präsenz der HW und akzeptieren diese auch mehr.

## Diskussion

### Generierte Haupthypothesen

Die erste Hypothese zielt darauf ab, dass die Frauen einen besseren Zugang zu der Familie haben und die Wahl von Frauen als HW durchaus angemessen ist.

Die HW gilt in den Dörfern als Ansprechperson bei gesundheitlichen Belangen und wir haben festgestellt, dass der Zugang der HW zu der weiblichen Bevölkerung eindeutig einfacher ist als zu der männlichen Bevölkerung. Frauen hingegen akzeptieren die HW immer.

Die HW sind die Schlüsselpersonen, denn sie können an die weibliche Bevölkerung des Dorfes appellieren und haben so die Möglichkeit den Gesundheitszustand des Dorfes zu verändern. Die Tätigkeit gibt den Frauen einen gesellschaftlichen Status, dies ist sehr wichtig auch im Sinne des Empowerment – Ansatzes.

In der zweiten Hypothese stellen wir einen positiven Zusammenhang zwischen Wohlstandssituation des Dorfes, der Akzeptanz sowie der Nutzung des THC und der HW her.

Unsere Auswertungen ergeben, dass Dörfer, welche entwickelter sind, eher akute Hilfe in Anspruch nehmen, mehr Medikamente einnehmen, eher geheilt werden sowie dem THC und den HW mehr Vertrauen und Akzeptanz entgegen bringen.

Die dritte Hypothese bezieht sich auf die starke Komplementarität von lokaler Medizin und westlicher Medizin.

Die Menschen sind interessiert an ihrer Gesundheit und sind dankbar um die Hilfe und Ratschläge der HW und des THC. Beim Falle einer Krankheit benützen sie jene Methode, welche ihnen am zugänglichsten ist. Auch nehmen sie nach eigenen Aussagen mehr lokale Medikamente zu sich. Es wurde uns ebenfalls mehrmals bestätigt, wenn Rituale oder ihre Medizin nicht funktionieren, die Menschen dann zur Medizin des THC greifen und auch umgekehrt.

In der vierten und fünften Hypothese geht es um die Akzeptanz und die Frage der Nachhaltigkeit.

Diese These wird unterstützt von den Auswertungen, welche ergeben, dass die HW sowie das THC prinzipiell von den meisten Dorfbewohner akzeptiert und ihre Hilfe in Anspruch genommen wird.



# Stiftung Usthi

---

Um das Bewusstsein der Bevölkerung zu erreichen, braucht es Zeit, dies kann nicht von Heute auf Morgen geschehen. Eine kontinuierliche Arbeit wie sie von den Angestellten des THC geleistet wird ist demnach ein wichtiger Weg, um langfristig etwas ändern zu können.

Unsere Auswertungen zeigen, dass in den meisten Dörfern kaum Präventionswissen vorhanden ist. Beobachtet haben wir auch, dass oft die externe, meist finanzielle Unterstützung zur Umsetzung der Präventionsratschläge fehlt. So liegt das Beschaffen eines Moskitonetzes, der Aufbau eines Trinkwasserbrunnens und die Verbesserung der Strassen für einen besseren Zugang zum THC nicht mehr in der Macht der Bevölkerung wie auch der HW.

(Die umfangreiche Erläuterung in Kapitel 7.1.5 bis 7.3.2 sind nicht geeignet für eine Kurzfassung, da sie zusammenhängen, jede für sich wenig aussagekräftig ist und zu falschen Schlussfolgerungen führen könnte. Wir meinen, dass dieser wichtige Teil der Studie nicht gekürzt, und als Ganzes gelesen werden sollte. Red.)

## Lösungsvorschläge

Health Worker - Service

Mehr Medikamente und grössere Vielfalt von Medikamenten

Die Ausbildung der HW muss verbessert werden.

Die Weitergabe von Prävention steht klar im Vordergrund

Kooperation von THC mit staatlichen Institutionen verbessern um Probleme der Region umfassend und nachhaltig verändern zu können. Moskitonetze, Wasserzugänge, Strassen, Transportmittel etc.

THC

Technische Infrastruktur verbessern

Dringende Notwendigkeit eines zusätzlichen Arztes. Im Zusammenhang mit der Gesundheit sollte/muss eine Frau als Arzt eingestellt werden.

Ausgebildete Krankenschwester für Aufgaben im Spital und Ausbildung der HW

Zweites Ambulanzfahrzeug notwendig für Verbindung zu Distrikthospital.

Egal welche Lösungen gewählt und umgesetzt werden, es muss anerkannt werden, dass das THC heute sehr viel Gutes und sehr viel Wichtiges leistet. Die vorliegende Forschung soll die Entscheidung erleichtern oder zumindest Inputs geben, damit eine Verbesserungen für die Bevölkerung und die ganze Region realisiert werden können, die den Menschen langfristig eine bessere Gesundheit bringt.

Die vorliegende Arbeit wurde am deutschsprachigen Lehrstuhl für Sozialarbeit und Sozialpolitik der Universität Fribourg eingereicht (Fribourg, 28 Juni 2008)

Natalie Ernst  
Vera Strickler

Lourdes Regueiro  
Pirmin Egger



## **Verbesserungen die nach dem Vorliegen des Forschungsergebnis von der Stiftung Usthi im Betrieb des THC eingeleitet wurden.**

Unmittelbar nach der Erhebung aller Daten vor Ort wurde die Führung des THC von der Forschungsgruppe über die Resultate informiert und Defizite direkt besprochen.

### **Health Worker Ausbildung**

Die Ausbildung wurde verbessert und der Prävention höhere Priorität eingeräumt. Nach einem Jahr stellen wir Fortschritte fest im Wissen der Health Worker HW. Der Prozess ist noch nicht beendet, da wir es mit Menschen zu tun haben, die keine ordentliche Grundausbildung genossen haben. Zudem legen wir grössten Wert auf die Vermittlung des Präventionswissens an die lokale Bevölkerung.

### **Medikamente / Lokale Medizin**

Die Diskussionen mit dem Arzt haben zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt, da die Wahl der Medikamente unmittelbar mit der Diagnose verbunden ist.

Wir sind übereingekommen mit der Hilfe des District Medical Officers (Kantonsarztes) den ganzen Themenbereich Diagnose (Arzt und HW) und entsprechende Medikamente / lokale Medizin genauer zu untersuchen. Die Resultate sollten nach dem Besuch 2009 umgesetzt werden können.

### **Arzt**

In der Zwischenzeit hat uns der Arzt, welcher eine Schlüsselposition in diesem Bericht einnimmt, verlassen und ein neuer Arzt mit viel Verständnis für die vorgeschlagenen Verbesserungen führt das THC Somagiri seit August 2008. Die Suche nach einem zweiten Arzt für das THC war bis heute erfolglos. Es ist sehr schwierig qualifiziertes Personal für den Einsatz in den Eingeborenenregionen zu finden. Wir sind zurzeit mit einer internationalen Institution mit Niederlassung in Kalkutta im Gespräch, um eine geeignete Ärztin für Somagiri zu finden. Diese Vermittlung ist temporär, trotzdem meinen wir mit einer zeitlich limitierten Anstellung besser bedient zu sein, gegenüber dem heute bestehenden Betrieb mit nur einem Arzt.

### **Technische Ausrüstung**

Es ist unbestritten, dass eine Verbesserung in der technischen Ausrüstung die Versorgung der Bevölkerung qualitativ steigern würde. Dabei ist allerdings nicht zu vergessen, dass wir mit einer ungenügenden Stromversorgung, die nur teilweise während des Tages in Betrieb ist, sehr limitiert sind in den meisten medizinischen Hi-Tech-Geräten. Zudem würden mehr qualifizierte Angestellte benötigt um die Geräte zu bedienen. Um ein Spital im Urwald zu betreiben müssten wir eine eigene Stromversorgung mittels Generator betreiben, was nach unserer Meinung eher unverhältnismässig wäre, bezogen auf die kapitalen Investitionen und dem Aufwand für den Betrieb des Generators.

Als angepasste Verbesserung realisieren wir ein erweitertes Labor.

### **Allgemeines**

Natürlich sind, als Folge der Forschung, die Gespräche mit der Distrikt-Administration vertieft worden. Das Gesundheitsdepartement beteiligt sich an den Aktivitäten des THC seit Jahren.

Leider machen wir die Erfahrung, dass kaum Versprechungen von Seiten des Staates gemacht werden. Alles dauert seine Zeit in Indien. Sie sollten nicht vergessen, dass wir das THC sechs Jahre ohne Strom betrieben haben und erst Jahre später mindestens eine elektrische Leitung ins Zentrum gezogen wurde. Zudem ist als Folge unseres Einsatzes



# Stiftung Usthi

---

in den 26 Jahren eine Strasse gebaut worden, die allen anliegenden Dörfern mehr Möglichkeiten und Wohlstand gebracht haben.

An dieser Stelle möchte ich der Universität Fribourg und der Forschergruppe herzlich danken für die Forschungsarbeit. Die umfangreichen Daten und die Auswertung werden uns noch einige Zeit beschäftigen und zu mehr Verständnis für die Belange der Bevölkerung und zu Verbesserungen im THC führen.

August 2009      Kurt Bürki, Präsident Stiftung Usthi