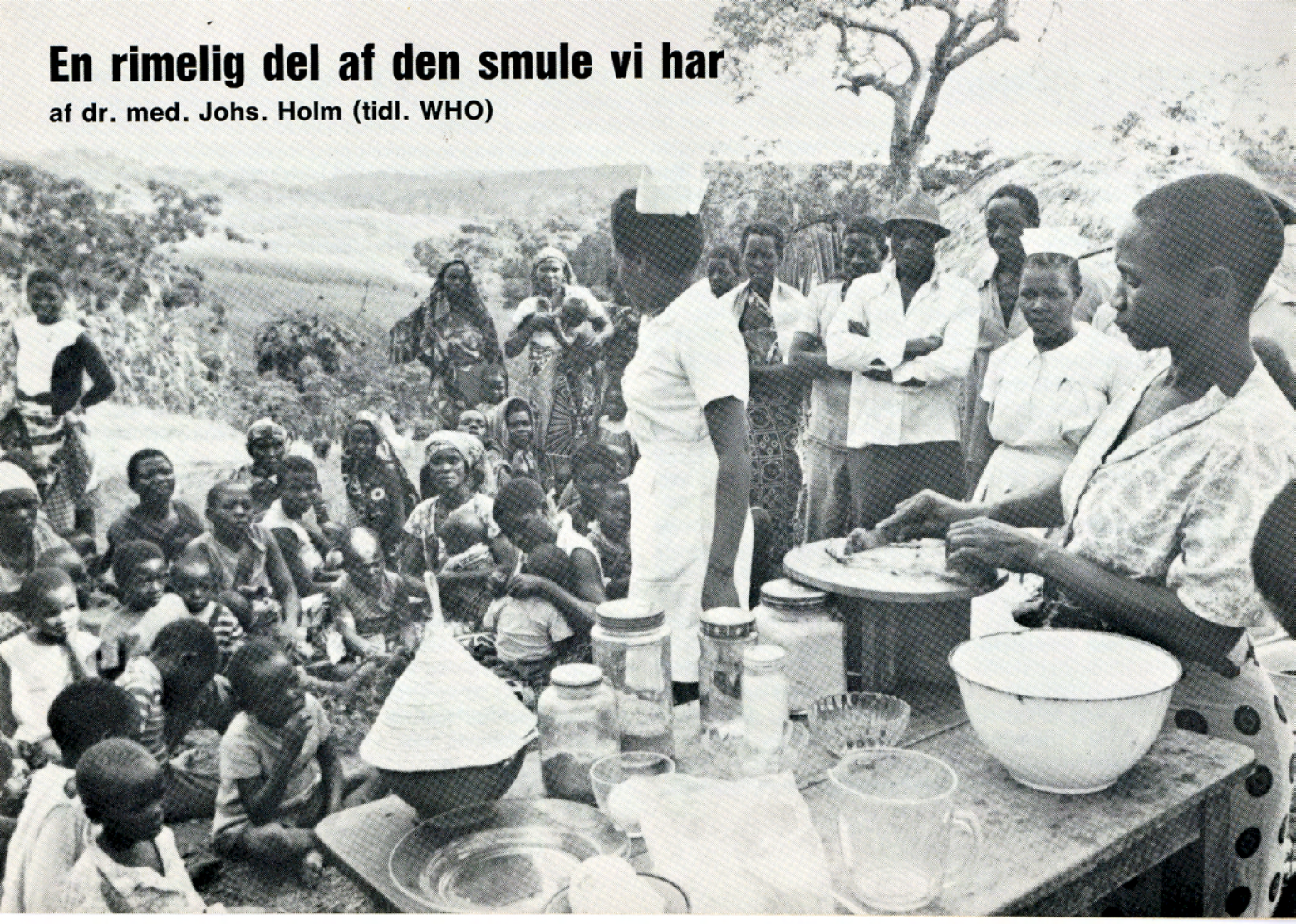


En rimelig del af den smule vi har

af dr. med. Johs. Holm (tidl. WHO)



Tanzanias statsopbygning og ujamaa-landsbyerne

Tanzania er et af de fattigste u-lande, målt efter brutto-nationalproduktet. Jorden er næsten overalt frugtbar, der er rigelig regnedbør, og det tropiske klima giver planter gode vækstbetingelser hele året. Klimaet er behageligt for mennesker, da det meste af landet er en højslette, 500–1500 meter over havets overflade. 93 % af befolkningen bor i landdistrikterne. Med kun gennemsnitligt 17 indbyggere pr. km² er landet forholdsvis tyndt befolket, og der er næsten overalt rigelig frugtbar jord til alle.

Statsapparatet er opbygget på kun ét tilladt politisk parti, TANU. TANU grundlagdes i 1954 af Julius K. Nyerere som en modstandsbevægelse imod det britiske kolonistyre. For at blive partimedlem i dag skal man have deltaget i et to ugers kursus og have bestået en eksamen. Man regner med, at højst 10 % af voksne indbyggere er partimedlemmer.

Det var TANU, der i 1967 vedtog Arusha-erklæringen, der fastlagde målsætningen for landets udvikling, baseret på „socialisme og selvtilid“ med fælleseje af produktionsmidler, afskaffelse af udbytning og større lighed. Med Arusha-erklæringen bestemmes det, at landbefolkningen skulle flytte sammen i såkaldte ujamaa-landsbyer, hver med 100 til 500 familier, der skulle have et vist fællesskab i produktion og andre aktiviteter. Et af formålene med denne sammenflytning var at tilfredsstille befolkningens elementære behov for vand, undervisning og sygdoms- og sundhedsforsorg. Det økonomiske mål var at få befolkningen fra en *selfforsyningsøkonomi* til en i alt fald delvis *markeds-*

økonomi med dyrkning af salgsafgrøder i nævneværdige mængder og dermed for i lidt større mængder at købe varer udefra. Markedsøkonomien er ikke en fri konkurrence marked men et marked med priser, fastlagt af regeringen. I en markedsøkonomi må man kunne få varerne transporteret, og dertil er veje nødvendige, og kun når folk bor sammen, kan man forsyne dem med veje.

Ujamaa-landsbyerne blev dannet efter en fastlagt model. Landsbyernes jord er delt i to dele: en privatejet og en fællesejet. Den privatejede del er udstykket i lodder på 1 acre*), der ligger side om side i lange rækker. Hvert hushold (ikke hvert voksent medlem), der er medlem af ujamaa-landsbyen, får tildelt en grund på 1 acre, hvorpå husholdets bolig opføres, og hvor jorden med husholdets egen arbejdskraft og efter dets behov og ønsker skal dyrkes for at producere fødevarer for husholdet. En lille sektion i landsbyens centrum er fællesejet jord, hvorpå de fælles bygninger, såsom skole, klinik, butik, mødesal, kontor osv. skal opføres. Den større sektion af landsbyens jord, der ligger uden om centrum og 1-acregrunden, er fælleseje og er beregnet til den fælles produktion.

Produktionen af den fællesejede jord skal ske efter planøkonomiske principper og med fælles arbejdsindsats. Hver ujamaa-landsby kan afgøre, hvordan arbejdskraften skal organiseres, men erfaringsmæssigt regnes der med, at hver voksen skal arbejde i fællesproduktionen dagligt (÷ søndag) fra kl. 7.30 til 12.30. Deltagelse i fællesproduktionen registreres i en speciel registreringsbog. Ujamaa-landsbyens medlemmer skal i fællesskab beslutte om anven-

*) 1 acre = 0,4 ha. 1 ha = 10.000 m².

delsen af deres produktion. Størrelsen af de enkelte medlemmers andel skal bestemmes af medlemmerne i fællesskab, men andelen skal fastsættes i forhold til den registrerede arbejdsindsats.

I ujamaa-landsbyerne har TANU en stærk lederstilling. I hver landsby skal der være en afdeling af partiet med en lokal formand og sekretær. Disse to er automatisk formand og sekretær i kommunalbestyrelsen (village council), der i alt har 25 medlemmer, og i „the multipurpose cooperative“, der ledes af samme råd som kommunen. De 23 „menige“ medlemmer af de to styrelser vælges på årlige folkeforsamlinger, hvor alle voksne beboere i landsbyen har stemmeret. Valget sker mellem kandidater, der på forhånd er godkendt af partiet, men ikke behøver at være medlemmer af dette.

Den formelle sociale organisation i ujamaa-landsbyen er baseret på de enkelte hushold. Grupper på 10 hushold vælger en leder, anerkendt af partiet. Denne „ti-celle“-leder skal være ansvarlig for lov og orden i „ti-cellen“ og for kommunikation mellem „ti-cellen“ og ujamaa-landsbyens ledelse.

Landsbyens „multipurpose cooperative“ er en „andelsforening“, hvor alle bosatte i landsbyen er tvungne medlemmer. Denne „forening“ er multipurpose, dvs. tager sig af mange forskellige opgaver. Den køber således afgrøderne fra producenterne, videresælger dem til de offentligt etablerede engrosforretninger. Den køber råvarer såvel som kunstgødning og redskaber og videresælger disse til medlemmerne. Den holder lagre, forsyner med emballage (sække). Den driver butik med forbrugsvarer, kan drive småindustri, såsom mølleri, kaffetørreri etc. eller forsyner

landsbyen med transport f. eks. ved at have en lastbil. I almindelighed er disse kooperativer endnu meget primitive og har kun få af de nævnte aktiviteter. Fælles for alle disse kooperative aktiviteter er, at de skal betale sig. Et eventuelt overskud skal henlægges eller udbetales til medlemmerne. Næsten alle priser er fastsat af regeringen. Kooperativer kan ansætte folk som uddelere, lagerforvaltere etc. I de første år efter vedtagelsen af Arusha-erklæringen gik etableringen af ujamaa-landsbyer meget langsomt og ofte med stor modstand fra befolkningen. Tvangsflytning var ofte nødvendig. Det har været vanskeligt for regeringen at opfylde givne løfter om vand og veje, selvom landet har fået meget stor udviklingsstøtte bl. a. fra de skandinaviske lande. For at sikre programmets hurtige gennemførelse vedtoges i 1975 en række særlige love og forordninger. I 1977 erklærede Nyerere udviklingsprocessen så nogenlunde tilendebragt, og at der i Tanzania var 7.684 landsbyer med en befolkning af omkring 1700 mennesker i hver landsby.

Landsbyudviklingen i Tanzania betegnes af nogle som „afrikansk socialisme“. Det er et eksperiment, hvis udvikling følges med stor interesse i mange u-lande, men hvis resultat det er for tidligt at bedømme. Det landbrugsmæssige udbytte er stadig ringe, da jordtilberedning foregår med hakke. Ny teknik (traktor, overrisling, kunstgødning, højtydende kornsorter) kan ændre dyrkningsmønstret og vil kunne forøge udbyttet meget betydeligt, men hertil kræves penge, og landsbyerne har ringe muligheder for den dertil nødvendige opsparring, og efter „selvtilidsprincippet“ er landsbyen henvist til at stole på sig selv og kan ikke forvente megen økonomisk støtte fra landets regering.

Sundhedstilstand og sygdomme

I Tanzania er befolkningens sundhedstilstand som i verdens øvrige u-lande. I filmen siges: „Gennemsnitslevealderen er 42. Halvdelen af børnene dør, før de er fem år gamle.“

Det er den meget høje *børnedødelighed*, der forårsager den lave gennemsnitslevealder. Årsagerne til den store børnedødelighed er 1) smitsomme sygdomme, 2) under- og fejlernæring og 3) for hyppige svangerskaber og børnefødsler, eller rettere – som også fremhævet i filmen – et samvirke af disse tre årsager.

Få børn dør direkte af under- og fejlernæring, men mangel-fuld eller forkert ernæring svækker børnenes almindelige modstandskraft mod de smitsomme sygdomme. Det er rigtigt, som det siges i filmen: „Mæslinger i Afrika er noget helt andet end mæslinger i Europa. Hvert tiende barn i Afrika dør af mæslinger,“ og grunden hertil er, at børnenes modstandskraft er nedsat på grund af under- og fejlernæring.

Nogle smitsomme sygdomme, især indvoldsorm, bidrager til børnenes dårlige ernæringstilstand. Som vist i filmen lever indvoldsormene i den del af tyndtarmen, hvor føden er fordøjet og beredt til optagelse gennem tarmvæggen, og disse snyltere kan anvende op til halvdelen af den mad, barnet har spist, til at producere den enorme mængde æg, der hver dag findes i barnets afføring.

„En ekstra byrde for kvinderne er graviditet. Fra 15-årsalderen til de dør er de næsten konstant gravide.“ Kvinder-nes ernæringstilstand svækkes stærkt, når de samtidigt både skal producere et foster og give bryst. Også børne-

nes ernæringstilstand, vækst og udvikling påvirkes heraf, og specielt ved hjernens mangelfulde udvikling kan der for børnene ske skader for livet.

De smitsomme sygdomme, der er almindeligt udbredt i u-landene, såsom malaria, bilharziose, tuberkulose og indvoldsorm, dræber kun forholdsvis få voksne, men sammen med forkert ernæring svækker de deres menneskelige organisme og gør folk hurtigt trætte. „Resultatet er en kort arbejdsdag. Behovet for at forbedre sundhedstilstanden er ikke bare af humanitær karakter – det er en simpel nødvendighed for udviklingen af landet,“ siges det i filmen.

Opbygningen af sundhedssystemet i Tanzania

Filmens hovedtema er „sundhedsmyndighedernes anstrengelser for at opbygge en ny sundhedstjeneste, som bryder med de metoder, Vesten kan tilbyde“. Sundhedstjenesten må her tages i betydingen sygdomsforsorg, behandlingen af syge mennesker. Det, „Vesten kan tilbyde“, skildres i filmen af Tanzanias sundhedsminister som et system, baseret på læger og hospitaler, så patienter kan komme under behandling med det bedste udstyr, der kan fremskaffes.

„Vestlig medicin“, som praktiseres i Danmark, er i dag baseret på at søge at fastslå årsager til det enkelte sygdomstilfælde og ved behandling at angribe sygdomsårsagen direkte. For at fastslå sygdommens årsag, stille sygdommens diagnose, kræves for mange sygdomme en række meget specielle undersøgelser, der kun kan foretages med kompliceret materiel, betjent af højt kvalificeret

personale. Det er dette, der berettiger hospitalernes og speciallægernes eksistens, og som har medført, at sygdomsbehandlingen i Danmark idag er meget dyr. Det er først gennem de sidste årtier, at læger har fået mulighed for at angribe sygdomsårsagerne og foretage, hvad der nu kaldes effektiv behandling. Antibiotika blev først anvendt – med penicillin – lige efter sidste verdenskrig. Det bør fremhæves, at for mange sygdomme har man ingen effektiv behandling, selv om man kender og kan fastslå årsagerne til sygdommene; det gælder mange af de almindelige smitsomme sygdomme som f. eks. influenza, og for adskillige sygdomme kender man endnu ikke sygdomsårsagerne. For alle sådanne sygdomme må lægen indskrænke sig til at ordinere en behandling, der kun påvirker sygdommens symptomer, sådan som alle læger gjorde for alle sygdomme i de første tiår af dette århundrede.

I de første år, efter at Tanzania havde opnået selvstændighed, udbyggedes – i væsentlig grad med u-landsstøtte – det fra kolonitiden overtagne system med uddannelse af læger og bygning af hospitaler i landets distrikter. Som i alle andre u-lande fandt myndighederne i Tanzania, at dette system kun var til gavn for få, nemlig indbyggerne i de byer, hvor hospitalerne lå og lægerne boede, og samtidigt at dette system var så kostbart, at det lagde beslag på langt det meste af sundhedsvæsenets budget. I Arusha-erklæringen krævedes et nyt sundhedssystem.

Det nye i det sundhedssystem, som Tanzania nu opbygger, er, at der tilbydes hele landets befolkning en sygdomsforsorg, baseret på symptomatisk sygdomsbehandling, administreret af personer, der ikke har uddannelse som læger, men har gennemgået specielle kurser i at fastslå

symptomer ved de forskellige sygdomme og ordinere medicin, der skal hindre disse symptomer. Sundhedssystemet består af tre trin: Det nederste trin er ujamaa-landsbyens egen primitive klinik, det midterste trin er behandlingscentre og sundhedscentre, det øverste trin er de eksisterende hospitaler.

I hvert af landets 72 distrikter, med en befolkning på 250.000, findes mindst ét hospital. For hver 50.000 indbyggere planlægges et „sundhedscenter“ med 14 sengepladser til patienter, og for hver 10.000 indbyggere et „behandlingscenter“. Når systemet er fuldt udbygget, vil der i hele landet være 300 „sundhedscentre“ og 2200 „behandlingscentre“, og alle disse institutioner skal bemannes med heltidsansat personale, lønnet af regeringen. Fuldt uddannede læger finder man kun knyttet til hospitalerne. I „sundhedscentre“ og „behandlingscentre“ udføres arbejdet af den kategori af personale, som i filmen betegnes som „barfodslæger“. Barfodslægen har almindelig skoleuddannelse, mindst indtil 12-årsalderen, og har gennemgået et 3-årigt specielt kursus i symptomatisk behandling af sygdomme. I filmen vises, hvorledes barfodslægen er oplært til at stille symptomatisk diagnose og ordinere medicin til en patient uden at bruge mere end tre minutter, så han kan „behandle“ 300 patienter om dagen. Mere erfarne barfodslæger findes i sundhedscentrene, og her kan foretages simple operative indgreb på patienter. Fra behandlingscentrene henvises vanskelige sygdomstilfælde til sundhedscentrene, og herfra kan patienter henvises til hospitalerne.

Når et „behandlingscenter“ skal betjene en befolkning på 10.000, betyder det – med de store afstande mellem lands-

byerne i Tanzania – at syge må gå eller transporteres op til 25 km for at få behandling. Det er grunden til, at myndighederne fandt det nødvendigt at supplere systemet med primitive klinikker i de enkelte landsbyer. Da regeringen hverken havde midler til at opføre de nødvendige bygninger eller lønne personalet i landsbyernes klinikker, har sundhedsmyndighederne påbudt og får gennem partiorganisationen gennemført, at landsbyernes egne indbyggere opfører en klinikbygning. Samtidigt vælges en af landsbyens egne beboere til at gennemgå et 6 måneders kursus, hvorefter han skal arbejde som „sundhedsarbejder“ i sin landsby, betalt af landsbyen. „Sundhedsarbejderen“ behandler de i landsbyen almindelig forekommende sygdomme og giver førstehjælp ved ulykker, specielt ved behandling af sår. Mere alvorlige og komplicerede tilfælde henviser han til nærmeste „behandlingscenter“.

Det, filmen søger at klargøre, er, at det meste af det arbejde, der traditionelt udføres af læger, kan standardiseres og simplificeres i en sådan grad, at det uden risiko kan overlades til almindelige mennesker, der har gennemgået en meget kortvarig teknisk uddannelse.

Sygdomsforsorg og sundhedsforsorg

I sidste del af filmen giver Dr. Tarimo en bedømmelse af, hvad man kan forvente af det sundhedssystem, man er ved at opbygge i Tanzania, og som han selv har været med til at planlægge. For at forstå hans korte bemærkninger, må man forstå den grundlæggende forskel mellem sygdomsforsorg og sundhedsforsorg. *Sygdomsforsorg* har som for-

mål at behandle det enkelte syge menneske, medens *sundhedsforsorg* har som formål at forbedre befolkningsgruppers sundhedstilstand ved at forebygge sygdomme. Sygdomsforsorg alene vil ikke bidrage væsentligt til at nedbringe børnedødeligheden, forlænge den gennemsnitlige levealder eller formindske hyppigheden af de kroniske sygdomme, der gør voksne uarbejdsdygtige. Dr. Tarimo er klar over dette og fremhæver, at „forebyggelse af sygdomme er yderst vigtigt, og derfor er det så vigtigt med en veletableret infrastruktur, fordi man bliver nødt til at være i kontakt med befolkningen mindst en gang om måneden“. Han betragter det etablerede system for sygdomsforsorg som sundhedsmyndighedernes forbindelsesled ud til de enkelte landsbyer, som er nødvendig for efterhånden at opbygge en sundhedsforsorg. Det er i de enkelte landsbyer, at forebyggelse af sygdomme skal finde sted, og i dette arbejde skal landsbyernes „sundhedsarbejdere“ efterhånden oplæres til at spille en væsentlig rolle.

Direkte forebyggelse af smitsomme sygdomme foregår ved at bryde smittekæden, forhindre at de sygdomsfremkaldende mikroorganismer overføres fra syge til sunde mennesker.

I filmen vises for bilharziose og indvoldsorms vedkommende, hvorledes snylternes æg kommer ud med den syges afføring. Ved konstruktion og systematisk brug af latriner i en landsby kan disse og mange andre tarmsygdomme udryddes. Malaria overføres ved stik af en særlig art myg (anophelis). Nedbringelse af hyppigheden af malaria sker ikke ved behandling af de syge, men ved bekæmpelse af myggene. Ved systematisk gennemført vaccination af børn kan mange alvorlige infektionssygdomme bekæmpes.

Det er ved sådanne vaccinationer, at koppesygdommen nu er totalt udryddet i hele verden. Ved at forbedre børnenes ernæringstilstand fremmes sundhedstilstanden væsentligt. I filmen siger Dr. Tarimo derfor: „Barfods-dyrlægen, som standser dødeligheden blandt kyllinger, kan måske gøre mere for børnenes sundhed end barfods-lægen“. Han fastslår samtidig, at „fattigdommen er den væsentligste årsag til dårligt helbred“, og at forbedringen af befolkningens sundhedstilstand derfor ikke er et problem for sundhedsmyndighederne alene, men er nøje knyttet sammen med landsbyernes almindelige økonomiske og sociale udvikling.

I slutningen af filmen ser man generaldirektøren for verdenssundhedskommissionen WHO, den danske læge Halfdan Mahler. Han har gjort sig meget upopulær i lægekredse ved offentligt at fastslå, at lægestanden kun er interesseret i at behandle syge og ikke er interesseret i menneskers sundhed, og at lægestanden direkte modarbejder sundhedsforsorg ved stadigt at kræve flere penge til hospitalsudstyr og kostbar men ofte nytteløs medicin. (I filmen ser man en røntgenolog, der er vred over, at han ikke kan få en dyr røntgenbilledforstærker). At filmen, og dermed sundhedsmyndighederne i Tanzania, er enig med den politik, som verdenssundhedsorganisationen søger at gennemføre under Dr. Mahlers ledelse, fremgår af den erklæring, der fremsættes i filmen: „I alle lande insisterer ledende hospitalsfolk på, at de må kunne tilbyde de mest moderne behandlingsmetoder. Og de vil ikke gå med til, at deres budget formindskes, for at der kan oprettes en sundhedstjeneste for landdistrikterne. Måske er det kun muligt, hvor en regering er stærk nok til at tage sundheds-

problemerne ud af hænderne på lægestanden.“ Det er det, der foregår i Tanzania. Dr. Mahler fastslår i filmen, at det af verdenssundhedsorganisationen fastsatte mål ikke er uopnåeligt: „En anstændig sundhedstjeneste overalt i verden for alle uden diskriminering ved udgangen af dette århundrede“. Han siger samtidigt, at for at nå dette mål kræves „fundamental nytænkning, når det gælder den indre sociale struktur i den tredje verden – som man har set ske i en række lande, heriblandt Tanzania“. Man kan hertil føje, at der også kræves en større forståelse og solidaritet mellem verdens rige og fattige lande. Den „nye økonomiske verdensorden“, der diskuteres i FN, må suppleres med en „ny social verdensorden“.

Tidsskriftartikler

Kontakt 5, 77/78. Mellempfolkeligt Samvirke.
Tanzania – selvhjælp og socialisme. Et særnummer.

Udvikling 4, 77. DANIDA.

Udviklingen skal begynde nedefra, af Johs. Holm.

Økonomi og Politik, juni 1978.

Landboreformer i Tanzania, af Kjeld Philip.

Den ny verden, 1977:4.

Kvinder i Ujamaa-landsbyerne, af Birgit Storgaard.

Historisk oversigt

- 1885: Tanganyika bliver en tysk koloni.
 1919: Tyskland må opgive sine kolonier. Formelt bliver Tanganyika et mandatområde under Folkeforbundet, reelt en britisk koloni.
 1954: Partiet TANU (Tanganyika African National Union) grundlægges under Julius K. Nyereres ledelse.
 1961: Tanganyika bliver selvstændigt med Nyerere som statsminister.
 1962: Tanganyika udråbes til republik og Nyerere vælges til præsident.
 1963: Zanzibar bliver selvstændigt.
 1964: Efter en revolution på Zanzibar indgår Tanganyika og Zanzibar en union under navnet Tanzania.
 1965: Tanzania får en ny forfatning med TANU som det eneste tilladte parti på fastlandet. Nyerere genvælges som præsident.
 1967: Arusha-erklæringen vedtages.
 1970: Nyerere genvælges.
 1975: Nyerere genvælges.

Tanzania i tal sammenlignet med Danmark

	Tanzania	Danmark
Areal, 1000 km ²	945	43
Befolkning (1976) mill.	13	5,1
Indbyggere pr. km ² (1976)	17	117
Årlig befolkningstilvækst (1970-75) %	2,7	0,5
Andel af befolkningen i landdistrikterne (1974) %	93	20
Analfabetisme i aldersgrupperne over 15 år (1974) %	59	1
Andel af 6-11-årige i skole (1974) %	43	100
Gennemsnitslevealder (1974)	45	73
Spædbørnsdødelighed (antal døde i 1. leveår pr. 1000 levendefødte) (1967)	160	12
Bruttonationalprodukt (BNP) 1975 mia. \$	2,44	34,45
BNP pr. indbygger (1975) \$	170	6810
Andel af nationalindkomsten som indkomst til rigeste 5 % af befolkningen (1970) % ..	34	22
Andel af nationalindkomsten som indkomst til fattigste 20 % af befolkningen (1970) %	5	4

From & Co. ApS Rødovre Ju 18-32

EN RIMELIG DEL AF DEN SMULE VI HAR

45 min., 16 mm, farve.

Storbritannien, 1975.

Producent: BBC.

Manuskript og instruktion: Edward Goldwin.

Dansk bearbejdelse: Jørgen Thomsen, TAVS, 1978.

Denne pjece, der er udgivet af Statens Filmcentral, udleveres gratis til brug i forbindelse med forevisning af filmen.

Henvendelse til Statens Filmcentrals hovedkontor, Vestergade 27, 1456 København K, eller Statens Filmcentrals Jyllandskontor, Sønder Allé 5, 8000 Århus C.