

Medicus
Mundi
Schweiz

Bulletin

90 

Netzwerk Gesundheit für alle
Réseau Santé pour tous
Network Health for All

Nr. 90, Oktober 2003

Der Mensch als Mittel. Punkt?

Human Resources Development
in der Gesundheitszusammenarbeit.





Medicus Mundi Schweiz
Netzwerk Gesundheit für alle
Réseau Santé pour tous
Network Health for All

Bulletin Nr. 90, Oktober 2003
Der Mensch als Mittel. Punkt?
Human Resources Development
in der Gesundheitszusammenarbeit

Netzwerk Medicus Mundi Schweiz

Die gemeinsame und verbindende Vision der Mitglieder des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz ist Gesundheit für alle: ein grösstmögliches Mass an Gesundheit für alle Menschen, insbesondere auch für benachteiligte Bevölkerungen.

Medicus Mundi Schweiz vernetzt die Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit, fördert den Austausch von Wissen und Erfahrungen, vermittelt ihnen Impulse für die Weiterentwicklung ihrer Tätigkeit und macht ihre Tätigkeit einem weiteren Publikum bekannt. Das Bulletin von Medicus Mundi Schweiz erscheint viermal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet und enthält aktuelle Hinweise und Informationen.

Medicus Mundi Schweiz profitiert in seiner Arbeit von der langjährigen Partnerschaft mit der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA, die auch die Herausgabe des vorliegenden Bulletins mit einem grosszügigen Beitrag unterstützt.

Geschäftsstelle und Redaktionssekretariat:

Medicus Mundi Schweiz
Netzwerk Gesundheit für alle
Murbacherstrasse 34
Postfach, CH-4013 Basel
Tel (+41) 061 383 18 10
E-Mail: info@medicusmundi.ch
Internet: www.medicusmundi.ch

Redaktionskommission:

Barbara Schürch, Nicolaus Lorenz, Thomas Schwarz,
Helena Zweifel

Layout: Vischer-Vettiger Basel

Produktion: Geschäftsstelle Medicus Mundi Schweiz,
Thomas Schwarz

Druck: Birkhäuser + GBC

Auflage dieser Nummer: 1500 Exemplare

Erscheinungsweise: Vier Nummern im Jahr

Nächste Nummer:

Mittelverwendung und Prioritätensetzung
im Gesundheitswesen, Dezember 2003

Redaktionsschluss: 15. Oktober 2003

Titelbild: Gram Vikas, Indien: Das monatliche
Frauentreffen ist gleichzeitig Ort der Weiterbildung
für Mitarbeiterinnen (Foto: Helena Zweifel)



*Helena Zweifel,
Mitglied der Geschäftsleitung
Medicus Mundi Schweiz
Netzwerk Gesundheit für alle*

Der Mensch als Mittel. Punkt?

Vielleicht kennen Sie die Geschichte vom Manager, der ein Schild auf seinem Schreibtisch aufgestellt hat mit dem Worten «Der Mensch im Mittelpunkt». So jedenfalls ist auf der dem Besucher oder der Angestellten zugewandten Seite zu lesen. Auf der Seite, die er selbst ständig sieht, steht «Der Mensch als Mittel. Punkt».

Diese Geschichte mag erfunden sein, so krass würde sich heute kein Manager oder keine Projektverantwortliche ausdrücken. Doch weist sie auf die Zwiespältigkeit von Organisationen im Umgang mit Fragen der Personalentwicklung hin. Einerseits sind qualifizierte und engagierte MitarbeiterInnen die wichtigste Ressource einer wirksamen Gesundheitszusammenarbeit. Andererseits werden Mitarbeitende als Mittel gesehen und genutzt, um (Unternehmens-) Ziele zu erreichen. Investitionen in die Personalentwicklung und das Wohlbefinden der Menschen im Betrieb sind in der Regel eher bescheiden.

Bei der Umsetzung erfolgversprechender Entwicklungsprojekte mangelt es oft weniger am Geld als an den richtigen Leuten vor Ort. Mitgliedorganisationen von MMS sind besorgt, weil es ihnen bei der wirksamen Umsetzung von geplanten Projekten an qualifizierten und verantwortungsbewussten MitarbeiterInnen mangelt. Sie klagen darüber, dass qualifizierte MitarbeiterInnen, einmal eingearbeitet, sich von den saftigen Weiden besser zahlender Organisationen im Lande selbst oder in Übersee verführen lassen. Einige Länder verfügen über eine grosse Zahl an bestens ausgebildeten Fachärzten und Krankenschwestern, die aber nicht bereit oder fähig sind, im Rahmen von Dezentralisierungsbestrebungen

neue, eigenständige Rollen zu übernehmen. Über spezifische Fähigkeiten hinaus werden zunehmend soziale und methodische Kompetenzen gefordert, gerade wenn es darum geht, eigenständige und nachhaltige Strukturen und Institutionen aufzubauen.

Gerade bei den Bemühungen und Strategien zur Bekämpfung von HIV/Aids und zur Umsetzung der globalen Entwicklungsziele ist der Mangel an adäquat ausgebildeten MitarbeiterInnen und schlagkräftigen Institutionen der grosse Engpass. Dies ist einer der Gründe, weshalb der neu gewählte Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation WHO, Dr. Lee Jong-wook, in seiner Antrittsrede im Juli 2003 den Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal als eines der Kernprobleme bezeichnet. «Our cooperation with countries on this issue must intensify», fordert er. Um der Krise zu begegnen, verspricht er, in enger Zusammenarbeit mit den Ländern den Personalbestand im Gesundheitswesen auszubauen und Initiativen und innovative Methoden der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal zu entwickeln.

Auch bei uns hat Personalentwicklung einen relativ geringen Stellenwert. Was unternehmen Schweizer Organisationen und ihre Partnerorganisationen, um qualifizierte und engagierte lokale MitarbeiterInnen zu gewinnen, zu fördern und zu behalten? Was tun sie, um ihr Personal zu pflegen? Wie kann mit materiellen Anreizen das Engagement von Fachpersonal gestärkt werden? Wie kann das Gefühl der Mitverantwortung genährt werden? Empowerment der MitarbeiterInnen?

Mit dem vorliegenden Bulletin will Medicus Mundi Schweiz die Diskussion um die Personalentwicklung bei Partnerorganisationen anregen und Fragen aufwerfen. Das Bulletin enthält eine erste Bestandesaufnahme. Zudem werden Ansätze skizziert, wie die Probleme angegangen und wie Initiativen zur Personalentwicklung gestaltet werden können.

Die 39 Mitgliedorganisationen
von Medicus Mundi Schweiz:

**Aids und Kind. Schweizerische Stiftung für
Direkthilfe an betroffene Kinder
Aids-Hilfe Schweiz**
AO International
Association Suisse Raoul Follereau
**Basler Förderverein für medizinische
Zusammenarbeit**
Bündner Partnerschaft HAS Haiti
Calcutta Project
Christoffel Blindenmission (Schweiz)
CO-OPERAID
DM – Echange et Mission
FMH Verbindung der Schweizer Ärzte
Fondation Sociale Suisse du Nord Cameroun
Fondation Suisse pour la Santé Mondiale
Förderverein für Otorhinolaryngologie
Gemeinschaft der St. Anna-Schwestern
Gruppe für Entwicklungszusammenarbeit Basel
GRUHU
IAMANEH Schweiz
**Institut Universitaire d'Etudes du
Développement**
**INTERTEAM. Fachleute im Entwicklungseinsatz
Jura-Afrique, Programme Santé**
Kinderhilfe Bethlehem
Leprahilfe Emmaus Schweiz
Lungenliga Schweiz
medico international schweiz
mediCuba-Suisse
Mission 21
Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung
**Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin
und Parasitologie**
**Schweizer Hilfsverein für das Albert Schweitzer-
Spital Lambarene**
Schweizer Indianerhilfe
Schweizerisches Korps für humanitäre Hilfe
Schweizerisches Rotes Kreuz
Schweizerisches Tropeninstitut
**Schweizerische Vereinigung für Orthopädie
in Tansania**
Secours Dentaire International
SolidarMed
Stiftung Terre des Hommes
Verein Partnerschaft Kinderspitäler Biel-Haiti

Human Resources for Health (HRH)

International plans put Human Resources for Health development at the forefront of the policy agenda. Initiatives such as debt relief ear-marked to the health and education sector or the Millennium Development Goals are based on the scaling-up of health related interventions and require human resources to implement them. However, there will be significant constraints to rapidly build up a health sector workforce. The example of SDC funded activities in Tajikistan shows that a crucial element is the design and implementation of coherent HRH policies.

*By Kaspar Wyss in collaboration with Daniel Mäusezahl**

At the United Nations Millennium Summit in September 2000, world leaders of both low- and high-income countries committed themselves to combating poverty, hunger, disease, lack of basic education, environmental degradation and discrimination against women. Subsequently eight Millennium Development Goals (see www.un.org/millenniumgoals) were formulated, among them four related to the health of the poor. To achieve these targets it is necessary to “eradicate extreme poverty and hunger, reduce child mortality, improve maternal health, combat HIV/AIDS, malaria and other diseases”.

For most priority diseases and major contributors to the global burden of disease, effective interventions do exist. In many countries only a minority of the population can benefit from these interventions and usually poor groups are those with the most limited access to the services. It has been estimated that each year between \$35 and \$63 billion of additional funding will be necessary to significantly improve coverage of priority interventions to address the health needs of the population, especially of poor groups.

A number of challenges have to be overcome in order for the additional resources to be invested effectively and efficiently. Thus, the next paragraphs will review challenges related to human resources. Initiatives such as the Millennium Development Goals, debt relief ear-marked to the health and education sector, the Global Fund or the Global Alliance for Vaccines and Immunization GAVI are not only based on the scaling-up of health related interventions but require human resources to implement them. HRH will also heavily influence absorptive capacities of supplementary resources to health systems in low- and middle income countries. Thus, for any large scale effort to rapidly increase coverage of the population, HRH will be a key to success.

Constraints to the development of Human Resources for Health

The rapid extension and building up of the HRH workforce necessary to achieve international

development targets undergo a number of constraints. The most important challenges for a typical low-income country in sub-Saharan Africa are likely to include the following factors:

- addressing the proportional representation of staff with a distinct social and ethnic background in the workforce;
- tackling geographical imbalances in the distribution of health sector work-force;
- extending qualitative and quantitative capacities of medical training institutions;

SDC support to the development of a HRH policy in Tajikistan:

Project Sino

The Swiss Agency for Development and Cooperation supported “Tajik – Swiss Health Sector Reform and Family Medicine Support Project” (project Sino) focuses, among other elements, on institutional and human resource capacity building. In this context, the development and subsequent implementation of HRH related policies is seen as key for the country’s ability to retain and utilise existing staff and guarantee the stability required to achieve medium and long-term health sector reform objectives. More precisely, project Sino is assisting the Ministry of Health in elaborating a national policy for training in the area of family medicine.

A national expert group representing various Tajik key stakeholders (Ministry of Health and relevant training institutions) reviews past and current achievements and problems with regard to training of family doctors and nurses. Activities of the expert group are assisted by technical assistance provided by the Swiss Centre for International Health of the Swiss Tropical Institute which feeds into the policy elaboration process relevant international experiences. Results are actively shared with ma-

- conceiving and implementing national HRH policies;
- carrying forward good governance and a well conceived and balanced overall policy framework.

The size and extent of these constraints varies across different low and middle income countries, but they will largely determine the pace of any effort to increase health service coverage of the population.

major partners of the Ministry of Health (World Bank, Asian Development Bank, WHO, etc.). In a second step the expert group establishes a needs assessment for initial training and re-training of physicians and nurses for all parts in Tajikistan. The expert group also realistically estimates expected enrolment rates (current enrolment rates into the graduate program for family medicine are extremely low) and the specific curriculum changes required to modify the existing university program (e.g. team approach, interpersonal communication skills, management). Costs of these activities are estimated taking into current and potentially future national and external resources. The policy elaboration process is seen as a concerted action involving all relevant institutions and donors through the regular conduct of feed-back workshops.



Photo: Nadim Jaganic

Representation of minority groups in the workforce

The Millennium Development Goals call for priority to be given to the poor. Often these groups are under- or not at all represented in the health sector workforce and are not sufficiently included in establishing priority needs in terms of health and social services. For example, it has been reported that a major reason for extremely low access to health services and coverage of nomadic communities in Niger consists in linguistic and cultural differences to the health personnel. Similar problems are described for minority groups such as the Roma in Eastern Europe or migrant labour. Thus, it will be necessary to employ personnel with a specific social, ethnic and cultural background for an effective and efficient delivery of priority interventions to the poorest and most disadvantaged.

Geographical imbalances

The size and composition of the workforce will determine if priority interventions can be delivered effectively and efficiently. Countries such as the United Kingdom, Ghana, Mauritania or Zimbabwe report deficiencies of personnel with specific skills (e.g. the UK reports huge shortages in nurses). Scaling-up of interventions will require staffing of health services with appropriate skill mixes. Regions with high HIV/AIDS prevalence are likely to rely on other skill mix patterns than regions where acute respiratory infections in children or malaria are predominant. Thus, it will not be enough to develop and implement staffing norms across a country, but to allow for variation based on cultural contexts and current and future epidemiological patterns of priority diseases.

More generally, organisational and management issues at the health sector level influence performance and productivity. Setting correct incentives in the health sector will be of crucial importance for having the right skill mix at the right place and for addressing geographical imbalances in the distribution of HRH and for establishing appropriate staffing patterns. For

example, career plans, salary levels, recruitment, appointment and retention procedures will strongly affect where health workers practise and whether they stay in the health sector.

Salary level is strongly linked with motivation and retention. In many countries salaries of the governmental health sector workforce are low, in both absolute and relative terms. In Tajikistan, for example, the monthly pay of family physicians corresponds to around US\$ 10, while for covering basic needs at least a tenfold amount is necessary. Parallel activities, such as working during the morning shift for a public provider and in the afternoon for a private one is a common strategy to complement low salary levels. In order to retain health staff at the work place and in the health sector, it will be necessary to consider salary increases. As in many countries HRH absorb already an important part of sectoral budgets (often around 80%), a significant increase in the pay of health sector workers may reveal difficult in terms of preferences and choices to be given to salary expenditures and in terms of the economic and political feasibility.

However, the experience of countries which have used monetary incentives for addressing motivation and imbalances in the geographical distribution of health workers indicates that non-monetary incentives are as important. In Thailand, the results of an increase in remuneration and the improvement of living conditions offered to those who work in rural areas could not reverse geographical imbalances. Other factors such as proximity to the family, continuous education, opportunities for research and teaching also influence an individual's decision where to work.

Training

In many countries, the scaling-up of priority interventions will require new personnel to be trained, especially general practitioners and nurses. Or, to work as a public health doctor is seen by a lot of physicians as less attractive than to practice as specialist.

Scaling-up of priority interventions is likely



Health workers at Dangara central rayon hospital Tajikistan.

to require significant investments into training capacities. Given the lead-time required to produce new health workers, such investments must occur in the early phases of scaling up. With regard to initial training, appropriately trained staff will require significant changes in medical and nursing curriculum, pedagogical methods, and in admission criteria. The focus of medical training will need to shift from hospital to primary care assignments. Further, administration and management skills and/or the training of district managers will require attention. More generally, training approaches will need to tie into national health policies and priorities and respond to required HRH skill patterns.

Good governance and overall policy framework

The scaling-up of priority interventions is intimately linked to ongoing reforms in the health sector. Decentralisation, the promotion of private practice, new financing and payment schemes,

hospital and/or pharmaceutical reforms are currently promoted in many countries as a means to improve performance and outcomes of national health care systems. The development of HRH will need to tie in to these reforms. Thus, coherent and well-formulated national HRH policies and strategies are required for giving direction on HRH development and on how HRH relate to health sector reform issues (e.g. decentralisation, public-private mix), the scaling-up of priority interventions, poverty reduction strategies, and training approaches.

In many countries the development of coherent HRH planning approaches is of low priority and respective planning departments are badly equipped, both, technically and personnel-wise. Recently it was pointed out that even countries such as Australia, France, Germany, Sweden and the United Kingdom have a partial approach to planning of the health sector workforce and that the relationships between different categories of health professions is ignored. More specifically,

nurse workforce requirements for addressing disease patterns of the population are neglected. The socio-political and economic situation of a country will largely determine human resource constraints for achieving the Millennium Development Goals. Many factors will influence in an important way whether and where health professionals will practice: e.g. political stability, priority accorded to social sectors, the overall policy framework, governance, and accountability.

Emigration of medical professional illustrates this. Recruitment policies, immigration laws and regulations in better off countries induce whether there is a demand for health professionals in high-income countries. Opposite, living conditions in a low-income country will determine whether health staff is encouraged to leave the country. With various high-income countries such as the USA, UK, France having a high demand for health professionals trained outside their country, there is a growing concern that they absorb large numbers of health staff from low- and middle-income countries. For example, it is reported that the US is short of several hundred thousand nurses and that the high demand for medically trained staff is not likely to be reversed in the coming years. In contrary, for Africa it is estimated that around 23 000 qualified academic professionals emigrate annually or for Ghana it is estimated that over 50% of doctors having graduated are living and practising outside the country.

Unless there is no possibility to address at the same time pull factors of migration in high income countries and push factors in low-income countries, investments in medical and nursing training are likely to be in vain. Thus it will crucial to elaborate and implement well balanced and solidly elaborated national retention strategies.

Conclusion

In summary, there are many mutually connected and interrelated challenges for typical low-income countries in sub-Saharan Africa or Central Asia for addressing HRH related issues in

the context of scaling-up priority interventions towards the Millennium Development Goals. Essential elements of successful improvement of HRH problems consist in the elaboration and implementation of strategies that fit into health sector reforms and the political and macroeconomic context. Efforts to improve HRH should consider available human and financial resources, be in line with government administrative policies and should promote consultative policy-making processes and ownership at country level.

**Kaspar Wyss (kaspar.wyss@unibas.ch) is public health specialist at the Swiss Centre for International Health of the Swiss Tropical Institute and coordinator of SDC mandate "Tajik – Swiss Health Sector Reform and Family Medicine Project" (project Sino). Recently his interest has focused on human resource development in the context of the Millennium Development Goals. Daniel Mäusezahl (daniel.maesezahl@deza.admin.ch) is epidemiologist and health advisor at the Social Development Division of SDC. This work has been done in the context of a mandate by the SDC health desk. Further information on SDC activities in health can be found at www.sdc-health.ch.*

Psychosoziale Faktoren der Unterernährung:
Wie ein Team in Nepal lernte, damit umzugehen

Der Prozess ist das Ziel

Von den psychosozialen Faktoren, die die Ernährung eines Kindes beeinflussen, sind Projektmitarbeiterinnen oft überfordert. In einer Aktionsforschung in Kathmandu hat die Stiftung Terre des hommes diese Schwierigkeiten analysiert und Problembereiche identifiziert. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass der Untersuchungsprozess selbst eine effektive Form war, die Kapazität der Mitarbeiterinnen zu verbessern.

Von Barbara Weyermann*



Der Mensch als Mittel. Punkt?

In der Arbeit gegen die Unterernährung geht es immer wieder um die Vermittlung von Gesundheitswissen und um den Versuch, das Care-Verhalten von Familien zu verändern. In Nepal haben wir oft beobachtet, dass Gesundheitspersonal diese Aufgabe zu lösen versucht, indem es den KlientInnen nach einer kurzen Befragung Anweisungen erteilt. «Das Kind ist untergewichtig, geben Sie ihm eine Mahlzeit mehr pro Tag», heisst es dann oder: «Der Durchfall Ihres Kindes hat damit zu tun, dass das Trinkwasser nicht sauber ist. Kochen Sie das Wasser ab.» – Die AdressatInnen nicken dazu und machen weiter wie zuvor, denn ihr Verhalten hat meistens viele Gründe. Das fehlende Wissen ist nur einer davon.

Wenn wir wirklich daran interessiert sind, dass Familien die Versorgung ihrer Kinder verbessern, müssen wir uns stärker auf sie einlassen. Aus der Community Education wissen wir, dass Menschen neues Wissen dann integrieren können, wenn es für ihre ganz individuelle Situation relevant ist und ihnen hilft, mehr Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen. Dieser Lernprozess hat eine inhaltliche Ebene und eine Beziehungsebene: Nur wenn die Mitarbeiterin eines Projektes die unterschiedlichen Faktoren versteht, die Gesundheit und Ernährungszustand eines Kindes beeinflussen, kann sie die Situation richtig analysieren. Und nur wenn die Mutter eines untergewichtigen Kindes der Besucherin aus dem Ernährungsprojekt vertraut, wird sie ihr erzählen, was sie beunruhigt. Wenn die Beziehung gelingt, entsteht ein Raum in dem sie über Veränderungen reflektieren und neues Wissen aufnehmen kann.

Komplexe Faktoren ergründen – Schlüsselthemen benennen

Die Stiftung Terre des hommes wollte wissen, wie Projektmitarbeiterinnen so ausgebildet werden können, dass sie den Familien besser zuhören und Veränderungsprozesse fördern können. Im Rahmen einer Aktionsforschung in dem von der nepalesischen NGO Sagun durchgeführten Ernährungsprojekt für Kinder und schwangere Frauen in Kathmandu besuchten 22 Mitarbeite-

rinnen und Volontärinnen während vier Monaten regelmässig je eine Familie und berichteten der Projektleiterin und mir anschliessend über ihre Interaktion. Aufgrund dieser detaillierten Beschreibungen war es uns möglich, besser zu verstehen, weshalb über 30 Prozent der Kinder in Kathmandu unterernährt sind, und gleichzeitig Schlüsselthemen zu identifizieren, die die Beziehung zwischen den Hausbesucherinnen und den Familien definierten.

Dieses Vorgehen ermöglichte, die komplexe Verschränkung sozialer, ökonomischer und psychologischer Faktoren in den Familien unterernährter Kinder zu beobachten und zu analysieren. Eine Projektmitarbeiterin erkannte zum Beispiel, wie die ungenügende Versorgung des von ihr besuchten Kindes mit der Armut der Familie zu tun hatte, und dass die Armut wiederum in einem dialektischen Verhältnis stand zur sozialen Isolation und Depression der Mutter. In einem andern Fall begriff die Volontärin, dass die schwangere Nachbarin nicht nur nicht zur Vorsorgeuntersuchung ging, weil sie die arrogante Haltung der Krankenschwestern in der Klinik scheute, sondern auch weil sie ihre Schwangerschaft im Grunde ablehnte. Saguns Mitarbeiterinnen hatten bisher vor allem Kenntnisse über technische Ursachen von Mangel- und Unterernährung, so etwa über die erforderliche Quantität und Qualität der Nahrung, die Bedeutung von Hygiene und vieles mehr. Wie aber psychosoziale Faktoren den Ernährungszustand eines Kindes mit beeinflussen, hatten sie in ihrer Ausbildung zur Krankenschwester oder Ernährungsspezialistin nicht gelernt.

In vielen Familien, die wir im Verlauf unserer Aktionsforschung kennenlernten, fanden wir schwierige Familiendynamiken, manchmal depressive Mütter und öfters Mütter mit emotionalen Vorbehalten gegenüber ihrem Kind. Eine nepalesische Frau hat wenige Optionen, wenn sie von ihrem Ehemann oder den Schwiegereltern unter Druck gesetzt wird. Sich offen zu wehren, ist für eine Frau gesellschaftlich tabu.



Mina, Gita, Manju

Wohl ist Mutterschaft in Nepal zentral für Status und Identität einer Frau, aber oft sind die Umstände so schwierig, dass es ihr nicht gelingt, die Kinder positiv zu besetzen. Dies zu erkennen und zu akzeptieren, fiel den Besucherinnen nicht immer leicht. Die Ablehnung des Kindes verstösst gegen die Ideale der Mutterschaft und kann deshalb nur mit Mühe überhaupt ins Bewusstsein dringen. Zudem sind die Besucherinnen den gleichen sozialen Bedingungen ausgesetzt und ins gleiche Wertesystem eingebunden wie die Mütter, die sie beraten. Die Geschichten, die ihnen erzählt werden, können bei ihnen daher Betroffenheit und Angst auslösen. Die folgende Fallgeschichte illustriert diese komplexe Dynamik:

Mina Lama, die Frau eines Fahrers, lebte mit ihrer 18monatigen Tochter Gita sehr zurückgezogen und wich dem Kontakt mit ihren Nachbarinnen aus. Als Manju, eine Krankenschwester von Sagun, sie zum ersten Mal besuchte, schien Mina Lama erleichtert. Sie erzählte, wie hilflos sie sich fühlte, weil ihre Tochter seit ihrem dritten

Monat fast ununterbrochen an Durchfall litt und oft das Essen, das sie ihr zubereitete, zurückwies. Eine medizinische Untersuchung hatte nur Hinweise auf eine unbedeutende Infektion ergeben. Danach hatte Mina das Kind nicht mehr zum Arzt gebracht, sondern mit Medikamenten aus der Apotheke selbst behandelt. Oft brachte sie Gita auch zum traditionellen Heiler. Doch keine dieser Behandlungen hatte das Kind gesund gemacht. Beim ersten Besuch hörte Manju einfach zu und ermunterte die Mutter, Gita weiterhin regelmässig zu füttern und nicht aufzugeben. Als Manju eine Woche später wieder kam, berichtete die Mutter ganz glücklich, dass Gita kein einziges Mal Durchfall gehabt hatte. Doch der Erfolg hielt nicht an. In den folgenden Wochen hatte Gita erneut Durchfall, obwohl die Mutter alles richtig zu machen schien. Die Aufforderung, die Tochter noch einmal medizinisch abzuklären, befolgte Mina jedoch nicht. Manju war ratlos, aber setzte ihre Besuche fort, und Mina redete viel über sich und ihre Angst um das Kind. Dann besuchte sie zum ersten Mal, seit sie ihr Dorf vor vielen Jahren verlassen hatte, ihre Familie im Süden des Landes. Gita war während dieser Zeit gesund, doch sobald sie nach Kathmandu zurückkehrte, verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand wieder.

Während dem sechsten Besuch erzählte Mina, dass sie vom Vater des Kindes vergewaltigt worden war und darauf keinen andern Weg gesehen hatte, ihre Ehre zu verteidigen, als ihn zu heiraten. Nachdem Manju uns davon berichtet hatte, erklärte sie, dass sie nun Mina nicht mehr besuchen wolle. Es gebe nichts mehr zu bereden. Wir halfen ihr zu verstehen, dass das, was Mina ihr erzählte, bei ihr verständlicherweise Angst und Scham ausgelöst hatte. Manju realisierte nun auch, dass die Mutter gegenüber ihrem Kind hochambivalente Gefühle haben musste, was den Gesundheitszustand des Kindes beeinflusste.

In der Folge war es Manju möglich, ihre Besuche fortzusetzen. Im Verlauf der nächsten Wochen wagte Mina erste Schritte aus ihrer Isolation. Sie entschloss sich, wieder Arbeit zu suchen und

ihre Tochter in Saguns Krippe zu geben. Und sie brachte Gita zur medizinischen Abklärung, wo auch diesmal nur eine kleine Infektion festgestellt wurde. Doch zum ersten Mal fand sich Mina nunmehr bereit, die verschriebenen Antibiotika auch richtig zu verabreichen. – Weil ihr der Prozess mit Manju erlaubt hatte, die gemischten Gefühle gegenüber ihrer Tochter auszusprechen, musste Mina ihre Ambivalenz nicht mehr aushalten, sondern konnte das Kind besser versorgen. Gita hat seither an Gewicht zugelegt.

Dieser Prozess löste auch bei der Besucherin viel aus. Sie entdeckte die ihr aus ihrer Ausbildung zur Krankenschwester bisher nicht bekannte enge Verbindung zwischen der emotionalen Verfasstheit der Mutter und der Gesundheit des Kindes, und sie erlebte, dass eindrucksvolle Veränderungen möglich werden, wenn es gelingt, sich auf die Mutter wirklich einzulassen. Dies war ihr auch deshalb möglich, weil sie ihre Arbeit mit uns reflektieren konnte. Sonst hätte sie womöglich den Kontakt abgebrochen, als ihre Angst zu gross wurde.

Steine wegräumen

Anfänglich waren die meisten Besucherinnen, die sich an der Aktionsforschung beteiligten, nicht fähig, eine Vertrauensbeziehung zu den Müttern herzustellen. Manchmal zog sich eine Besucherin zurück, weil sie mit den starken Emotionen ihrer Gesprächspartnerin nicht umgehen konnte. Aber ebenso häufig behinderten andere Gründe die erforderliche Nähe zwischen der Gesundheitsberaterin und der Klientin:

- Soziale Interaktionen werden in Nepal stark von den komplexen und rigiden Regeln des Kastensystems geprägt. So fällt es einer Hochkastigen oftmals echt schwer, nicht automatisch von oben herab und autoritär auf eine Tieferkastige zu reagieren. Die Hierarchisierung von Beziehungen ist so sehr Teil des sozialen Verhaltens, dass sie sich auch unter Gleichkastigen herstellt, begründet durch ökonomische Unterschiede oder den unterschiedlichen Wissensstand etwa einer Volontärin, die



12 Trainingssessions hinter sich hat, und einer Mutter, die entsprechend weniger ausgebildet ist.

- Familien lebten in oft ausweglos scheinenden sozialen und ökonomischen Verhältnissen. Das löste bei den Besucherinnen Ohnmachtsgefühle aus. Sie wehrten diese ab, indem sie die Mütter bezichtigten, faul oder ungebildet und damit selbst daran schuld zu sein.
- Weder Gesundheitspersonal noch Volontärinnen verfügten über die erforderlichen Kommunikationstechniken, um einen wirklichen Dialog mit den Familien herzustellen.

Mit regelmässiger Reflexion über ihre Schwierigkeiten und mit sporadischen, aber gezielten Trainingsinputs gelang es, die 22 Besucherinnen, die sich an dieser Untersuchung beteiligten, in nur vier Monaten mit einer neuen Denkweise vertraut zu machen und zu einer andern Arbeitsweise zu motivieren. Bereits gegen Ende der Aktionsforschung integrierten Saguns Mitarbeiterinnen ihre Erfahrungen in die Ausbildung neuer Volontärinnen. Statt wie bisher vor allem auf die Vermittlung ernährungstechnischen Wissens zu fokussieren, diskutierten sie nun ebenso ausführlich über den Einfluss von Familiendynamiken auf die Gesundheit des Kindes. Ausserdem erfanden sie Rollenspiele, um mit den angehenden

Gesundheitspromotorinnen einzuüben, wie sie besser kommunizieren können. Den Beziehungsverlauf zwischen den Besucherinnen und den Familienmitgliedern wollen sie in regelmässigen Fallbesprechungen thematisieren. Dabei wird es auch immer wieder darum gehen, diesen Raum zu nützen, um über das Kastendenken und über das Geschlechterverhältnis zu reflektieren. Und darüber, wie die lebensgeschichtlichen Erfahrungen der Volontärinnen die Reaktion auf die besuchten Familien beeinflussen.

Damit Saguns Mitarbeiterinnen dies leisten können, brauchen sie in regelmässigen Abständen selbst Supervision und Weiterbildung, denn der Lernprozess verläuft für sie gleich wie für Volontärinnen und Mütter: das Benennen von Schwierigkeiten eröffnet die Suche nach Lösungen und ermöglicht, sich das dafür notwendige Wissen anzueignen.

**Barbara Weyermann war Delegierte für Terre des hommes in Nepal von 1998 bis 2002. 2003 hat sie im Auftrag von Terre des hommes eine Untersuchung über den Umgang von Projektmitarbeiterinnen mit dem psychosozialen Ansatz in Ernährungsprojekten durchgeführt. Zurzeit arbeitet Barbara Weyermann als Konsultantin im «Büro für psychosoziale Prozesse» der Internationalen Akademie an der FU Berlin. Kontakt: bweyermann@opsiconsult.com*

Geben und nehmen im Austausch mit einheimischen Fachkräften:

«Sie erzählten, was ihnen alles alleine gelungen war...»

Wie können motivierte einheimische Gesundheits-Fachfrauen durch einen «Gast» aus der Schweiz ernstgenommen und gefördert werden? Der Erfahrungsbericht aus dem Norden Namibias beschreibt eine klassische Situation der personellen Gesundheitszusammenarbeit.

Von Brigitte Signer Pfenninger*

Der Mensch als Mittel. Punkt?

Namibia mit seinen nur etwa 1.8 Millionen EinwohnerInnen gehört zu den Ländern mit der höchsten Prävalenzrate für HIV: 20 Prozent der Bevölkerung ist HIV-positiv. Aufgrund dieser dramatischen Situation wurde an der Bischofskonferenz im Februar 1998 die Catholic AIDS Action (CAA) gegründet. Ihre Ziele umfassen neben der Prävention und der Betreuung, Anleitung und Begleitung von HIV/Aidskranken und deren Angehörige zu Hause auch die Betreuung und soziale Integration von Waisenkindern.

Meine Aufgabe während meines dreijährigen Aufenthalts als INTERTEAM-Fachfrau im Norden Namibias bestand darin, in Oshikuku die Ziele der Catholic AIDS Action zusammen mit der einheimischen Benediktinerschwester Petronella Shetunyenga in die Tat umzusetzen. Aus familiären Gründen arbeitete ich mit einem Pensum von 50 Stellenprozenten.

Was habe ich in Oshikuku angetroffen? Sr. Petronella, die ihre Arbeit mit CAA in Oshikuku bereits im August 1998 begonnen hatte, hatte seither schon beachtliche Aufbauarbeit geleistet. Schnell realisierte ich, dass sie als einheimische Person mit fließenden Kenntnissen der Lokalsprache und des kulturellen Hintergrundes einen unersetzbaren Wert darstellt, dass sie aber in der ganzen Administration und Planung der Arbeit überfordert war. Hier setzte ich ein.

Über Monate habe ich nur beobachtet und versucht herauszufinden, wie Sr. Petronella ihre Arbeit aufgebaut hatte, wer sie ist, welche Ressourcen sie hat. Ich habe ihr die Gelegenheit gegeben, mich kennen zu lernen, und habe selber auch vieles über die Leute, die Kultur und die örtlichen Gegebenheiten erfahren. Zuhause habe ich meine Beobachtungen und Eindrücke notiert und mir mögliche Strategien überlegt.

Zwei Dinge vor Augen

Da ich als «mitausreisende Ehepartnerin» meines als Bauspengler/Sanitärinstallateur tätigen Ehemannes keinen durch den Schweizerischen Verband für personelle Entwicklungszusammenarbeit Unité finanzierten Vertrag hatte, wusste

ich, dass nach meiner Einsatzzeit von drei Jahren wahrscheinlich keine Nachfolge von INTERTEAM für mich gestellt werden konnte. So hatte ich immer zwei Dinge vor Augen:

1. Meine Arbeit musste immer zusammen mit Sr. Petronella besprochen und ihren und den aus dem Umfeld bezogenen Ressourcen entsprechend einfach und praxisbezogen sein.
2. Ich musste mich von Anfang an ersetzbar machen.

Dies tönt einfacher, als es ist. So setzte ich von Anfang an Prioritäten. Ich hatte hundert Ideen, doch lernte ich, das Wesentliche heraus zu pikken, ein Ziel zu verfolgen und, wenn es erreicht war, ein neues festzulegen. Dabei folgte ich dem Motto «weniger ist mehr».

«Learning by doing»

Ziele unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen umzusetzen und ein Vertrauensverhältnis zu schaffen sind sicher elementare Voraussetzungen für das Gelingen eines Entwicklungsprojektes. Meine Teilzeitanstellung zwang mich von Anfang an, meine Arbeit mit meinen einheimischen Kolleginnen gut abzusprechen.

Da ich in den Schulferien nie arbeitete, wurde ich schon früh gezwungen, mich ersetzbar zu machen. Bei meiner Rückkehr aus den Ferien besprachen wir die vergangene Zeit, und ich erhielt jeweils ein Feedback darüber, wo meine



Freiwillige der Catholic AIDS Action in Okalongo

Mitarbeiterinnen standen, wo sie weitere Unterstützung brauchten und, das Wichtigste, was alleine gelungen war. Für alle diese Bereiche gab ich sogleich die Hauptverantwortung an eine Mitarbeiterin ab und stand nur noch beratend zur Seite. Dies wiederum stärkte ihr Selbstvertrauen und motivierte sie in ihrer Arbeit. Zudem förderte es ihre Kompetenzen. Je mehr Vertrauen ich in meine mittlerweile zwei Mitarbeiterinnen hatte, desto kompetenter übten sie ihre Arbeit aus.

Schwierigkeiten überwinden

Die Catholic AIDS Action hatte bei ihrer Gründung im Jahr 1998 gut formulierte Ziele, doch ich merkte schnell, dass es einige Jahre benötigen würde, damit diese Ziele Fuss fassen konnten. Im Owamboland sind die Mehrheit der Freiwilligen Frauen zwischen 26 und 60 Jahren, viele davon Analphabetinnen. Selbst in die Lokalsprache übersetzte Dokumente mussten mit grossem Aufwand und viel Geduld mündlich in ihrer Sprache besprochen werden.

Zuweilen erschien die Situation auch beinahe aussichtslos. Laut Statistik ist jede fünfte Person in Namibia HIV-positiv, doch Ende 2002 zeigte die Realität, dass jede dritte Person infiziert ist. Dies wiederum heisst, dass vor allem im Gesundheitswesen tätiges Personal, Krankenschwestern, Hilfspersonal selber infiziert ist, bereits Aids hat oder daran gestorben ist.

Die rasante Zunahme von Waisen fordert die heutigen (ab 38-jährigen!!) Grossmütter ungemein. Was ist, wenn diese sterben und die nächste Generation ausbleibt?

Die Not war schliesslich so gross, dass meine Mitarbeiterinnen und die Freiwilligen lernen mussten, sich abzugrenzen um sich zu schützen. Dennoch haben wir in den drei Jahren einiges erreicht:

- 213 Freiwillige der Catholic AIDS Action haben ihr Training in home based family care abgeschlossen. Sie arbeiten in 15 verschiedenen Gruppen. Jede Gruppe hat ihre Struktur mit Kompetenzbereichen. Die Freiwilligen sind motiviert.

Fotos: B. Signer



Die Kirche als Ort der Weiterbildung: Sr. Petronella trifft sich mit Freiwilligen der Catholic AIDS Action in Ombwana

- Jede der 15 Gruppen wird monatlich durch Mitarbeiterinnen der Catholic AIDS Action besucht, beraten und unterstützt.
- Alle Freiwilligen zusammen betreuen monatlich ca. 600 KlientInnen in ihren Häusern.
- Zusammen betreuen die Freiwilligen über 3000 Waisenkinder. Sie organisieren Veranstaltungen, verteilen Materialien, unterstützen sie in Schulbelangen oder bei familiären Problemen.
- Sr. Petronella, Hellena und neu Theresia bewältigen all diese umfassende Arbeit inklusive Planung inzwischen alleine.

Realistische Ziele, lokale Verankerung

Aus meinen Ausführungen ergeben sich einige Schlussfolgerungen:

Die Einführung irgendwelcher Projekte durch nationale oder internationale Organisationen braucht Zeit und viel Geduld, Oft fehlen klare Strukturen oder Hilfestellungen.

Es ist deshalb wichtig, realistische und nicht zu hohe Ziele festzulegen, unter Einbezug der vorhandenen Ressourcen der Bevölkerung und der lokalen Gegebenheiten. Sind Ressourcen erkannt und sinnvoll genutzt, bilden sie die Basis für ein nachhaltiges Weiterbestehen.

Von Anfang an gilt es, lokale Leute einzubeziehen. Sie vertreten ihre Sache, stehen dahinter und sind motiviert, eine von ihren «Gästen» aus dem Norden eingeführte oder begleitete Arbeit auch weiter zu führen, wenn die Gäste wieder nach Hause gekehrt sind.

** Brigitte Signer Pfenninger ist Krankenschwester und Berufsschullehrerin für Pflege. Von September 1999 bis Dezember 2002 arbeitete und lebte sie mit ihrem Ehepartner und ihren drei Kindern als INTERTEAM-Fachkraft in Oshikuku im Norden von Namibia in Oshikuku. Kontakt: hafeni@bluewin.ch*

Moderieren, vermitteln, begleiten

In einem ländlichen Entwicklungsprogramm in Indien werden Gesundheitsfragen in verschiedenen Facetten integriert. Zwei zentrale Fragestellungen: Welche Schlüsselkompetenzen benötigen die Mitarbeitenden für eine wirksame Arbeit? Und wie können diese entwickelt werden?

Von Helena Zweifel*

Jahresplanung in Dhanapaju, einen kleinen, entlegenen Adivasi-Dorf (Urbevölkerung) in den bewaldeten Hügeln von Orissa, Indien. Es ist eines von 232 Dörfern, in denen die indische Nichtregierungsorganisation Gram Vikas integrierte Programme durchführt mit dem Ziel, eine grundlegende Lebensqualität für alle zu erreichen.

Sechs von sieben Haushalten in Dhanapaju haben während drei Monaten im Jahr nicht genug zu essen. Ausser der Landwirtschaft und dem Obstbau gibt es in dem entlegenen Dorf keine Arbeitsmöglichkeiten. Niedrige Erträge in der Landwirtschaft, Trockenheit, Mangelernährung, Malaria, Infektionskrankheiten, hohe Kindersterblichkeit sind einige der Themen, mit denen die Menschen konfrontiert sind. Weder der Arzt noch eine Krankenschwester der staatlichen Gesundheitsversorgung noch ein Lehrer kommen ins Dorf, denn sie scheuen alle den langen Fussmarsch. Bei Krankheitsfällen und Verletzungen suchen sich die Leute selbst mit Hausmitteln zu helfen oder gehen zum fünfzehn Kilometer entfernten Dispensary, wo eine von Gram Vikas angestellte Krankenschwester die wichtigsten Krankheiten behandelt.

Unter dem Mangobaum

Die Männer und Frauen des Dorfes haben sich mit dem Projektkoordinator, dem Bildungsbeauftragten und der Krankenschwester des Projektes unter dem grossen Mangobaum eingefunden, um gemeinsam über das Erreichte zu reflektieren und Pläne für das nächste Jahr zu schmieden. «Was werdet ihr tun, wenn auch die jetzige Krankenschwester kündigt und kein Ersatz gefunden werden kann? Wenn Gram Vikas die kleine Apotheke schliessen muss?» Mishra, der Projektkoordinator der NGO, wirft diese Frage in die Runde.

Lange Diskussionen folgen. Letztlich entscheiden sich die Frauen und Männer, dass sich eine der Frauen, Tula, zur Dorfgesundheitsfrau (Village Health Worker) ausbilden soll. Die Ausbildung von Frauen zu Village Health Workers und traditionellen Hebammen ist eines der Angebote

der NGO, das zur Verbesserung der medizinische Grundversorgung beitragen soll. Die Dorfgesundheitsfrauen behandeln die wichtigsten Krankheiten, beraten die Mütter in Kinderpflege und Ernährung und führen zusammen mit dem Dorflehrer oder Krankenschwester regelmässige Messungen des Gewichts der Kinder durch.

Tula ist Analphabetin, wie alle Frauen des Dorfes. In der Ausbildung zur Dorfgesundheitsfrau geht es nicht nur um die Kenntnis der wichtigsten Krankheiten und Heilmethoden. Die Frauen lernen auch, andere zu motivieren, zu kommunizieren, zuzuhören und Verantwortung zu übernehmen. Dies sind soziale Kompetenzen. Bereits durch ihr Engagement in der Spar- und Kreditgruppe hat Tula ihre Fähigkeiten und Führungspotential gezeigt. Ihre neue Ausbildung ist somit Teil eines umfassenden Human Resource Development (HRD).

Nicht nur die Dorfgesundheitsfrauen oder die Krankenschwester setzen sich für die Gesundheit der Dorfbevölkerung ein und sind somit in der Definition der WHO «Human Resources for Health» (HRH): Der Gaon Saathi (wörtlich «Freund des Dorfes») etwa, der als Motivator, Sozialarbeiter und Lehrer arbeitet, kümmert sich um die Gesundheit der Kinder. Zu seinen Pflich-

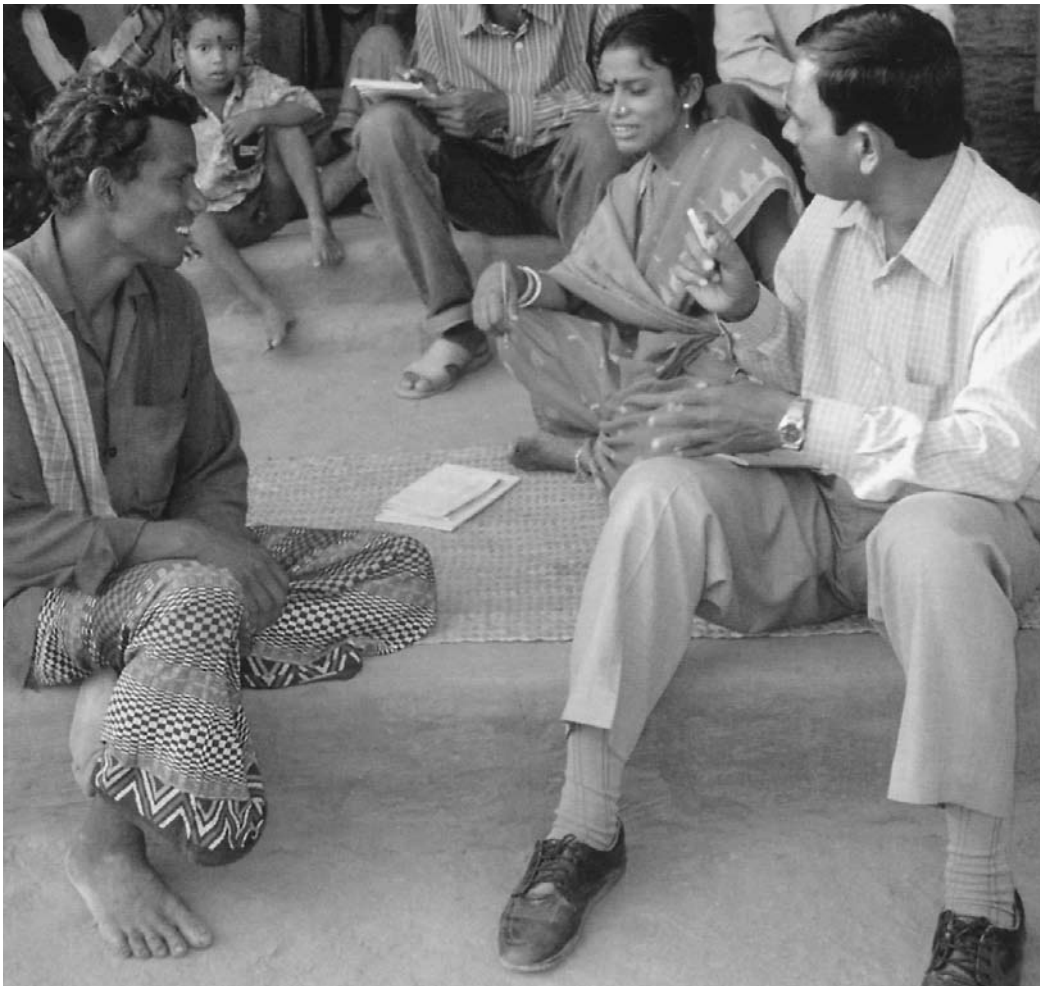
ten gehört die Pflege des Schulgartens und das Kochen eines nahrhaften und gesunden Mittagessens für die Kleinen. Und bei Gram Vikas ist der Direktor, zusammen mit den Kadermitarbeitern, zuständig für die Entwicklung einer Gesundheitspolitik und für deren Umsetzung.

Kompetenzen für wirkungsvolles Handeln

Welches sind die Kernkompetenzen, die eine Organisation oder ein Programm braucht, um zentrale Herausforderungen – Krankheiten, Unterernährung, Armut – anzugehen? Neben fachlichem Know-how und Erfahrungen (*Fachkompetenz*) sind für die Arbeit auch soziale und methodische Kompetenzen gefragt. Ohne ein hohes Mass an *Sozialkompetenz* wie Kommunikationsvermögen, Teamfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Coachingfähigkeit und Überzeugungskraft können weder der Projektverantwortliche Mishra noch die künftige Dorfgesundheitsfrau Tula ihre Aufgaben wirkungsvoll erbringen. Sensitivität für gesellschaftliche Ungleichheiten, auch Gendersensitivität, ist gerade im indischen, gesellschaftlich hierarchisierten Kontext wichtig und nicht gerade einfach umzusetzen. *Methodische Kompetenzen* wie zum Beispiel Moderation,



Für die gemeinsame Planung mit der Dorfbevölkerung sind neben fachlichen vor allem soziale Kompetenzen gefordert.



Im Rahmen einer Weiterbildung üben sich die MitarbeiterInnen im Fragen und aufmerksamen Zuhören.

Projektmanagement (PEMU), konzeptuelles und strategisches Denken sind gewissermassen das Handwerkszeug, und *persönlichkeitsbezogene Kompetenzen* wie Selbstreflexion, Offenheit und Lernfähigkeit bilden die Basis für wirkungsvolles Handeln.

Die Gesamtheit dieser Kompetenzen ergeben die Handlungskompetenz, das heisst die Fähigkeit eines Individuums, in entsprechenden Situationen selbständig, verantwortlich und sachgerecht Probleme und Aufgaben zu bearbeiten und wirkungsvoll zu handeln. Handlungskompetenz wird kaum im gängigen Schulsystem erworben, insbesondere nicht im äusserst kompetitiven indischen System. Auch wenn heute in über 75 Prozent der Stellenausschreibungen «soziale

Kompetenzen» gefordert wird, verlaufen Auswahl und Qualifikationen mehrheitlich über die (technische) Fachkompetenz.

Lernprozesse im Zentrum

Akteure der internationalen Zusammenarbeit werden sich vermehrt der Bedeutung sozialer und methodischer Kompetenzen bewusst. In einer im Jahre 1996 in Indien durchgeführte Studie zur Förderung der Wirksamkeit von NGOs in der Entwicklungszusammenarbeit betonen 77 Prozent der Befragten die Notwendigkeit, sich in Leadership, Human Resource Development, Organisationsentwicklung und Entscheidungsprozessen weiterzubilden. Dieses Anliegen wird auch heute vor allem von den Basisorganisationen

formuliert, die die lokale Bevölkerung in Selbstorganisation, nachhaltiger Landwirtschaft und Gesundheitsförderung unterstützen. Diese NGOs haben sich aus Aktionsgruppen, Studenten- oder Bauernbewegungen zu Organisationen mit internationalen Donatoren entwickelt. Neue Fähigkeiten sind da gefordert, es geht jetzt auch um den Dialog mit Geldgebern und Regierungsvertretern oder um die Vermittlung zwischen technischen Spezialisten und der Dorfbevölkerung, da die Spezialisten die Bedürfnisse und Haltungen der Dorfgemeinschaften nicht verstanden oder nicht ernst nahmen. Die NGOs betonen, dass die Dorfgemeinschaften ihre Entwicklung selbst in die Hand nehmen und nachhaltige Kapazitäten aufbauen müssen, damit sich eine NGO graduell zurückziehen kann. Auf diese Aufgabe müssen sich die Dorfgemeinschaften vorbereiten.

Aufgrund der Erfahrungen mit indischen Partnern entwickelte und prägte die schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA in Indien das Konzept des Human and Institutional Development (HID). Dieses stellt Lernprozesse ins Zentrum, insbesondere die Fähigkeit, zu lernen und selbständig Probleme zu lösen. HID befasst sich in Ergänzung zu technischen Kompetenzen mit den «weichen Faktoren» der EZA, mit den sozialen und methodischen Kompetenzen, die die Handlungsfähigkeit von Individuen und Institutionen stärken. Auf der individuellen Ebene versucht HID die persönlichkeitsbezogenen, sozialen und methodischen Kompetenzen von Individuen in Organisationen und weiteren Systemen zu fördern. Eng damit verknüpft sind Entwicklungen auf organisatorischer Ebene, die Stärkung der Fähigkeiten und Leistungen und somit der Wirksamkeit von Organisationen durch Veränderungs- und Lernprozesse.

Vielfältige Formen des Lernens

Spezifische Aus- und Weiterbildungsangebote sind ein wichtiges Mittel zum Entwickeln von Handlungskompetenzen, insbesondere wenn sie über die Vermittlung fachspezifischer Kenntnisse

und Fähigkeiten hinausgehen. In unserem Beispiel werden die Dorfgesundheitsarbeiterinnen, Krankenschwestern, LehrerInnen und ProjektmitarbeiterInnen nicht allein in der Handhabung der wichtigsten Medikamente oder in Didaktik geschult, sondern auch in der Motivation und Begleitung von Gruppen, Kommunikation, Gender etc. Ein zentrales Instrument sind die Plattformen für den Austausch und gegenseitiges Lernen auf den verschiedenen Ebenen. Dazu gehören die partizipative Planung auf Dorf-, Projekt- und Organisationsebene, «Gender Learning Events» oder der Evaluationsprozess, der alle Mitarbeitenden einbezieht. Die Betonung der «weichen» Faktoren heisst nicht etwa, dass fachliche Expertise und Weiterbildung gering geschätzt würde, denn Handlungskompetenz beruht auf allen vier Kompetenzbereichen.

Geberorganisationen können die Wirksamkeit von Partnerorganisationen unterstützen, indem sie die Entwicklung der menschlichen und institutionellen Ressourcen bzw. die Förderung von persönlichkeitsbezogener, sozialer und methodischer Kompetenzen zu einem Schlüsselement machen. Dies mag zwar kurzfristig keine messbaren Resultate zeigen, doch längerfristig ist diese Strategie wirksamer, nachhaltiger.

**Helena Zweifel ist Mitglied der Geschäftsleitung von Medicus Mundi Schweiz. Sie hat vor zwei Jahren im Auftrag der DEZA die indische NGO Gram Vikas in HID-Fragen unterstützt und den Gender-Lernprozess begleitet. Kontakt: hzweifel@medicumundi.ch*

Allmacht, Ohnmacht, was sonst?

Wie können sich die Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, auf die Konflikte und Leiden, mit denen sie zu tun haben, einlassen und dabei gesund bleiben? Dazu zwei ermutigende Beispiele und einige grundsätzliche Überlegungen zur Gefährdung und Erhaltung der Gesundheit im Umgang mit Krankheit.

Von Ursula Walter*

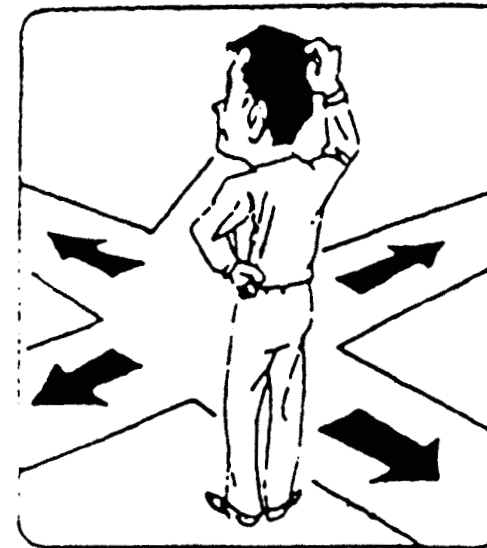
Wir leben in einer Zeit, in der von erneuerbaren und von nicht erneuerbaren Ressourcen gesprochen wird. Sind Menschen Dinge, die «vom Leben» ausgenutzt werden, solange sie eine bestimmte Funktion erfüllen, bis sie nichts mehr hergeben und dann, wenn sie unproduktiv geworden sind, mehr oder weniger nett entlassen und besorgt oder entsorgt werden? Oder sind und bleiben Menschen Menschen, die ihr Leben in ihrem jeweiligen Kontext leben? Diese Frage gilt für PatientInnen und Betreuende.

Wie sind lebendige, gesundheitserhaltende Bedingungen im Gesundheitswesen zu schaffen? – Es könnte darum gehen, dass das Menschsein von Betreuenden und PatientInnen vorgesehen ist und im System einen adäquaten Platz findet. Zunächst zwei Beispiele, die in dieser Richtung gehen, dann etwas Theorie dazu.

Belastungen sichtbar machen – ein Beispiel aus Mexiko

Wie schon oft finde ich zunächst eine Antwort im Süden: Dort wird vielfach mit weniger Mitteln klarer und konsequenter gedacht als in unserer, auch ideologischen, Überflussgesellschaft.

Leticia Cufre, Psychologin, Psychoanalytikerin in Xalapa, Veracruz, Mexiko ist spezialisiert in Gemeinschaftsfragen, *psychologia colectiva*, wofür wir im Deutschen nicht einmal ein anständiges Wort kennen. Mit einem Team von drei PsychologInnen und einer Soziologin hat sie 1994 bis 1996 ein Dreijahresprojekt¹ entwickelt und durchgeführt, um die psychische Grundversorgung in die staatliche Gesundheitsversorgung der Stadt Xalapa einzuführen. Das Gesundheitsministerium stellte die Räume zur Verfügung, und das gesamte staatliche Gesundheitspersonal aller Stufen im zentralen Spital und in den Ambulatorien in den armen Vorstädten konnte innerhalb der Arbeitszeit an den Gesprächen und Kursen teilnehmen. Leticia Cufre arbeitet mit dem grundsätzlichen Ansatz der «participacion» (Beteiligung) und methodisch mit «integrierter Forschung und Praxis».



Schwierigkeit, sich zu entscheiden. Viele Zweifel über jedes Detail in ganz einfachen Situationen.



Nichts kann ihre Aufmerksamkeit erreichen. Verlust des Interesses an Dingen, die früher wichtig waren.

Die Professionellen des Gesundheitsdepartements wurden zuerst aufgefordert, ihr Wohlbefinden im Bezug auf ihre eigene Gesundheit und ihre Arbeitssituation mit Fragebogen einzuordnen. In Gruppengesprächen wurden die Ergebnisse im Hinblick auf die individuelle und gesellschaftliche Bedeutung besprochen. Im Weiteren wurde ihr Wissen und ihre Wertung zu sexuellen und sozialen Fragen formulierbar gemacht und dann an deren Bedeutung gearbeitet.

Im Bezug auf psychische Belastungen kam ein «Auto-Diagnostico» Modell zum Einsatz. Konkret arbeitet das Team von Leticia Cufre mit einer überarbeiteten Serie von 30 Zeichnungen², welche typische Belastungssymptome zeigen. Nur wenn innere und äussere Belastungen formuliert, gedacht und damit objektiviert werden, sind sie einer bewussten Bearbeitung zugänglich. Im Reden und Austausch mit andern kann vermieden werden, dass die äusseren Belastungen verinnerlicht werden. So kann auch besser unterschieden werden, welcher Anteil eines Geschehen in wessen Kompetenz gehört.

Die Auseinandersetzung der Gesundheitsprofessionellen mit diesem Instrument brachte sie zunächst in Kontakt mit ihren eigenen Belastungen und dem aktuellen und potentiellen Umgang damit. Derselbe Zugang wurde dann auch auf der Ebene der PatientInnen angeboten. Diese sollten über ihre körperlichen Symptome hinaus auf ihr seelisches und soziales Wohlbefinden hin wahrgenommen und angesprochen werden.

Die wöchentlichen Kurse zur Weiterbildung des Personals der Gesundheitsdienste mit Wissensvermittlung über die Zusammenhänge zwischen körperlichen Leiden und psychischen und sozialen Belastungen wurden regelmässig besucht und geschätzt. Zudem konnten die MitarbeiterInnen in Balintgruppen (fallbezogene Arbeit unter Einbezug der eigenen Reaktionen auf Probleme der PatientInnen) erfahren, wie sich dieser erweiterte Zugang auf die PatientInnen und auf sie selbst auswirkte. Ziel für die Pflegenden wie für die PatientInnen ist es, den emotionalen Zuständen weniger hilflos ausgeliefert zu sein, sondern

damit arbeiten zu können. Dies ergibt eine «win-win» Situation, eine realistischere und befriedigendere Kompetenz für die Pflegenden und ein Gewinn an Kohärenzgefühl für die PatientInnen. Die lebendige eigene Beteiligung am Geschehen verhindert bei den PatientInnen und den Betreuenden die selbstzerstörerische Entfremdung.

«Wer bin ich?»

– ein Beispiel aus der Schweiz

Im Bezirksspital Affoltern am Albis arbeiten alle, vom Hilfspersonal bis zum Chefarzt, nach dem Prinzip der «Menschenmedizin»³. Christian Hess (Chefarzt) und Annina Hess-Cabalzar (Psychotherapeutin) haben in diesem öffentlichen Spital einen eigenen Ansatz entwickelt, damit der Krankenhausaufenthalt nicht nur zur technischen Reparatur genutzt wird, sondern auch als «time out» zur Begegnung der PatientInnen mit sich selbst: Wer bin ich, und was begegnet mir jetzt im Moment meiner Krankheit, meines Unfalls, meines Sterbens?

Alle Mitarbeitenden sind diesem Zugang verpflichtet, und das setzt voraus, dass sie auch für sich die Erfahrung von Kompetenz, Grenze und Sinnfragen zulassen und daran arbeiten. Entsprechende Fallbesprechungen, mehrere angestellte PsychotherapeutInnen, Begleitung durch einen Philosophen und eine Ethikerin gehören zum Betrieb. Die Evaluation zeigt: Die MitarbeiterInnen dieses Spitals sind durch den näheren Kontakt mit den existenziellen Fragen der PatientInnen nicht noch zusätzlich gestresst und überfordert, sondern viel klarer und bewusster beteiligt und auch abgegrenzt. Es gibt im Vergleich weniger Personalfuktuation – langfristig wäre eine Gesundheitsstatistik der Mitarbeitenden wichtig und interessant.

Was macht krank, was erhält gesund?

Medizinische Berufsleute sind speziell bedroht von dem, was heute «burn out» heisst: ausgebrannt, leer, nicht mehr in der Lage und bereit zu geben, mit dem Wunsch, endlich mal selbst was zu bekommen und voller Wut, dass der gewählte

Weg nicht befriedigend ist. Im Gesundheitsbereich entstehen von der Rollenverteilung her leicht zwei Kategorien von Menschen: Bedürftige und Versorgende. Pflegende haben gewählt, zu den Versorgenden zu gehören. Nicht selten unbewusst auch, um eigene Bedürftigkeit im andern unterzubringen und dort zu pflegen oder zu bekämpfen. Schaffen sie das nicht, fühlen sie sich unzufrieden und schuldig. Sie selbst kommen auf die Dauer zu kurz, und auch ihre PatientInnen werden ungenügend in ihren je eigenen Situationen wahrgenommen und begleitet.

Das «Burn out» hat einen Anteil an vernachlässigter Realität in sich. Die eigene Belastungsfähigkeit wird strapaziert, die Überforderung kommt von aussen und vom eigenen Innern, und es ist nicht mehr klar, wohin die notwendige Gegenreaktion sich richten soll: gegen aussen, oder gegen innen, gegen sich selbst? Wenn sich die Zeichen des Konflikts zwischen «ich will ja alles leisten, das ihr von mir verlangt» und «ich kann ja gar nicht mehr, bin leer und erschöpft» im aggressiven oder depressiven Zusammenbruch zeigen, ist eine Besinnung über die eigene Position dringend.

Die Lösung? Nun, als Psychoanalytikerin kann ich mich da nur Rosa Luxemburg anschliessen, die in einem Zeitpunkt äusserer Machtlosigkeit formulierte: «Wie Lassalle sagte, ist und bleibt die revolutionärste Tat, immer laut zu sagen, was ist». Revolutionär heisst in unserem Zusammenhang: befreiend vom inneren Druck; der äussere genügt und soll nicht auch noch entfremdet, unter Verlust der eigenen Lebendigkeit neurotisch selbst gemacht werden.

Aaron Antonowsky spricht von Salutogenese⁴ und sucht nach den Faktoren, welche Menschen gesund erhalten. Als umfassenden Faktor nennt er das Kohärenzgefühl, das sich zusammensetzt aus der Erwartung, das Leben sei verständlich oder könne verständlich werden, aus dem Zutrauen, eine Situation meistern zu können, und aus der Überzeugung, die Herausforderung des Lebens sei lohnend.

Bei PatientInnen sind diese drei Komponenten oft stark strapaziert. Mitarbeitende in Pflegeberufen sind mit Menschen und mit Situationen konfrontiert, bei denen die Verständlichkeit, die Machbarkeit und die Sinnfrage in grossem Aufruhr sind. Solche Krisensituationen sind ansteckend und belastend, vor allem wenn sie nur passiv erlitten werden und wenn die unbewussten Fragen, die darin liegen könnten, nicht erkannt und aufgenommen werden. Wie wird Interesse wach: Wer bist du? Was bedeutet deine Krankheit für dich? In welchem Kontext lebst du? Was erlebst du jetzt, was möchtest du? Was ist realistisch? Wie übernimmst du deinen Anteil? Mit diesem Interesse wird die Verständlichkeit, die Machbarkeit und die Sinnfrage bewusster zum Thema. Das mag helfen, aus dem magischen Hoffen auf Allmacht und dem Versinken in Hilflosigkeit und Ohnmacht, Wut und Schuldgefühl auszubrechen und die vielen Zwischenstufen, welche das Leben und Zusammenleben lebendig machen, zuzulassen.

*Ursula Walter, lic. phil., Psychoanalytikerin und Psychologin in Basel, arbeitet selbständig als Psychotherapeutin. In Basel war sie beteiligt am staatlichen Reformprojekt «Psychiatrie-Konzept». Sie vermittelt in unterschiedlichem Kontext den Erfahrungsaustausch mit KollegInnen aus dem Süden. Kontakt: u.walt@bluewin.ch.

Anmerkungen

1. Unterlagen (spanisch) und Berichte (französisch) zu diesem Projekt, das Leticia Cufre mit Hilfe der Kommission für Entwicklungszusammenarbeit des Kantons Basel-Stadt durchgeführt hat, kann die Autorin Interessierten in Kopie abgeben.

2. Diese Serie ist zu Händen der WHO entwickelt worden im Zusammenhang mit der Umsetzung der Erklärung von Alma Ata 1978 (siehe auch Bulletin Nr. 89) zum Einbezug der psychischen Gesundheit in die Grundversorgung.

3. Annina und Christian Hess-Cabalzar, *Menschenmedizin. Von der Vernunft der Vernetzung, Bericht über Hintergrund, Erfahrungen und Evaluation im Bezirksspital Affoltern a. A.*, R&R Sachbuchverlag, Zürich 2001.

4. Aaron Antonowsky, *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Hrsg. v. Alexa Franke, DGVT-Verlag, 1997.

Welche Lehren für den Gesundheitsbereich?

Entwicklung, ohne dabei den Menschen ins Zentrum zu rücken, ist ein Widerspruch in sich. Konzepte des Human Resource Development gibt es deshalb überall, im Norden und im Süden, im öffentlichen und im Privatsektor. Sie können auf die verschiedensten Themen und Sektoren angewendet werden, auch auf den Gesundheitsbereich.

Von Malte Lipczinsky*

Ausgehend von einer allgemeineren Betrachtungsweise des Human Resource Development und des Capacity Development werden im Folgenden einige Aspekte herausgegriffen, die in der Meinung des Verfassers auch für den Gesundheitsbereich gültig sind. Die LeserInnen sind aufgefordert, sich auf Grund Ihrer «Check Reality» kritisch zu fragen, ob die eine oder andere Aussage und insbesondere die Thesen für den Gesundheitsbereich gelten und inwieweit sie dabei noch weiterer Spezifizierung bedürfen.

Aus- und Weiterbildung – aus welchem Blickwinkel?

Aus der Sicht der NutzniesserInnen von Gesundheitsdienstleistungen, aus der Sicht einer Fachkraft in einer Gesundheitsinstitution, aus der Sicht der Verantwortlichen einer Gesundheitsorganisation und aus der Sicht von Gesundheitssystemgestaltern stellt sich die Beurteilung von Human Resource Development sehr unterschiedlich dar.

Für NutzniesserInnen von Gesundheitsdienstleistungen, zum Beispiel DorfbewohnerInnen in Mosambik, macht Aus- und Weiterbildung von GesundheitsberaterInnen vor allem dann Sinn, wenn sie zu spürbaren Verbesserungen bei den Gesundheitsdienstleistungen führen, weil die Ausbildungsinhalte dort ansetzen, wo die Beratung oder Behandlung bisher nicht oder nur schlecht erfolgte.

Aus der Sicht einer Fachkraft, die in einem Krankenhaus einer Provinzhauptstadt arbeitet, lohnt sich Aus- und Weiterbildung, wenn sie ihre Arbeit sichert, Arbeit und Lohn verbessert und Antworten auf Fragen gibt, die für die Ausübung ihrer Arbeit direkt verwendet werden können. Auch sollte sich die Ausbildung als Baustein in die eigenen Lebenspläne einfügen.

Aus der Sicht der Verantwortlichen für den Betrieb und die Weiterentwicklung eines Provinzkrankenhauses ist Ausbildung ein Instrument, um einerseits das reibungslose Funktionieren der Organisation Krankenhaus sicherzustellen, aber

auch, um erkannte Schwachstellen zu reduzieren und durch bessere Dienstleistungen die mittelfristige Finanzierung der Institution zu sichern. Und die Gesundheitssystemmanagerin im Gesundheitsministerium in der Hauptstadt eines Entwicklungslandes oder der Vertreter einer Entwicklungshilfeorganisation werden prüfen, wie bedeutsam Human Resources für die Entwicklung des gesamten Gesundheitssystems sind. Falls sie, wie dies wohl häufig der Fall ist, als wichtige Schwachstelle identifiziert sind, hängt es davon ab, inwieweit die Ressourcen und der politischer Wille da sind, Human Resource Development proaktiv in Angriff zu nehmen.

Aus dem oben Aufgezeigten wird deutlich, wie verschieden die Sichtweisen und die Beurteilung von Human Resource Development sein können. Für die Gestaltung und Umsetzung von Massnahmen in diesem Bereich heisst dies: Systeme, aber auch konkrete Aktionen sind so zu gestalten, dass die Massnahmen für die unterschiedlichen AkteurInnen und deren Interessen so Sinn machen, dass möglichst viele am gleichen Strang ziehen. Dies kann eher dort gelingen, wo sich die verschiedenen Interessen decken. Um die gemeinsame Sichtweise von Anfang an zu fördern, sollten HRD-Programme deshalb immer partizipativ ausgehandelt werden.

Human Resource Development – was und warum?

Weltweit finden umfassende Veränderungen statt, und dies mit immer schnellerem Tempo. Globalisierungseffekten kann sich niemand entziehen, ob sie oder er nun in der so genannten entwickelten Welt oder in den Entwicklungsländern leben. Allerdings sind die Auswirkungen höchst unterschiedlich. Deshalb braucht es beides, eine globale Sichtweite, die durch eine vertiefende Analyse in den jeweiligen Ländern und im lokalen Kontext ergänzt werden muss. Und es braucht eine Klärung darüber, wie wichtig die Rolle des Menschen bei diesen Veränderungen ist. Ist er mehr passiv Erduldender oder aktiv Gestalten-



HRD heisst miteinander Lernen

der? Genau um das aktive Gestalten zu stärken, kommt den HRD-Prozessen eine entscheidende Rolle zu.

Capacity Development kann verstanden werden als ein Prozess, bei dem sich Individuen, Gruppen und Organisationen sowie ganze Gesellschaften Skills (Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten) einzeln oder gemeinsam erwerben und diese einsetzen, um Funktionen wahrzunehmen, Probleme zu lösen und Ziele erreichen.

Human Resource Development (HRD) baut auf dem individuellen Erwerb von Skills durch Bildung, Ausbildung und durch Selbstlernen auf. Der individuelle Erwerb von Kompetenzen ist jedoch auch häufig Teil eines Lernprozesses, der innerhalb von Gruppen und Organisationen abläuft. Deshalb bezieht sich Human Resource Development nicht nur auf den Erwerb von Wissen, Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, sondern auch darauf, wie innerhalb von Organisationen Training gefördert werden kann, wie Organisationen zum richtigen Personal kommen und dieses behalten und motivieren können.

Organisationsentwicklung beinhaltet neben dem HRD auch andere Faktoren wie zum Beispiel die Infrastruktur, die benötigt wird, damit die in einer Organisation arbeitenden Menschen (und Maschinen) so zusammenwirken, dass die

Hauptaufgaben und Ziele einer Organisation bestmöglich erreicht werden.

Entwicklungsstrategien stellen oft den Menschen ins Zentrum der Entwicklung. Dieser Ansatz muss dann allerdings auch konsequent durchgehalten werden. Genau dazu ist ein Konzept des Human Resource Development ein hilfreiches Instrument, sei es, um analysierend besser die Auswirkungen der Veränderungen auf den Menschen zu erfassen, sei es, um Strategien und Vorgehensweisen zu entwickeln, um den Menschen zu befähigen, sich aktiv in diesen Umgestaltungsprozess einzuschalten, und sei es auch «nur» in seinem unmittelbaren Umfeld.

Zur Diskussion gestellt ...

Realitätsbezogene Lern- und Ausbildungskonzepte: Human Resource Development beginnt damit, die Realität zu analysieren, Trends einzuschätzen und daraus Schlussfolgerungen für die zu wählenden Strategien zu ziehen. Je nachdem, ob sich HRD auf eine Organisation, eine Region oder einen Sektor bezieht, ist zu entscheiden, welche Realität(en) als Bezugsbasis dienen. Nun ist es durchaus wahrscheinlich, dass trotz aller Anstrengungen, Trends im Vorhinein zu bestimmen, zu einem späteren Zeitpunkt unvorhergesehene Einflussfaktoren auftauchen, die aber für das HRD-Konzept bedeutsam sind und berücksichtigt werden sollten. Dabei wird ein daraus resultierender Ein- beziehungsweise Umbau von Lerninhalten und -methoden um so leichter zu bewerkstelligen sein, je früher diese partizipativ bestimmt und ausgehandelt wurden.

Was sind die wichtigsten Umfeldeinflüsse und Trends, die wir bei der Gestaltung eines Ausbildungsprogramms für das Gesundheitspersonal in einer Region beachten müssen? Und wer sollte bei der Ausarbeitung eines mehrjährig gültigen Ausbildungsprogramms und dessen Inhalte und Methoden von Anfang an mitwirken?

Praxisrelevante Lern- und Ausbildungsinhalte: Was soll gelernt werden, und in wie engem Bezug stehen diese Lerninhalte mit der Arbeitsrealität

der Auszubildenden? Es kann nicht darum gehen, anderswo ausgearbeitete Lehrpläne stur durchzuführen, sondern diese im lokalen Kontext und mit den dortigen Schlüsselakteuren auszuarbeiten beziehungsweise anzupassen und über lokale Beispiele lebendig zu gestalten. So können die Auszubildenden zum Lernen motiviert werden und VertreterInnen der Organisationen und Institutionen, in denen die Ausgebildeten arbeiten, sind aufgrund der Praxisrelevanz der Ausbildung bereit, bei der Ausarbeitung der Curricula mitzuarbeiten.

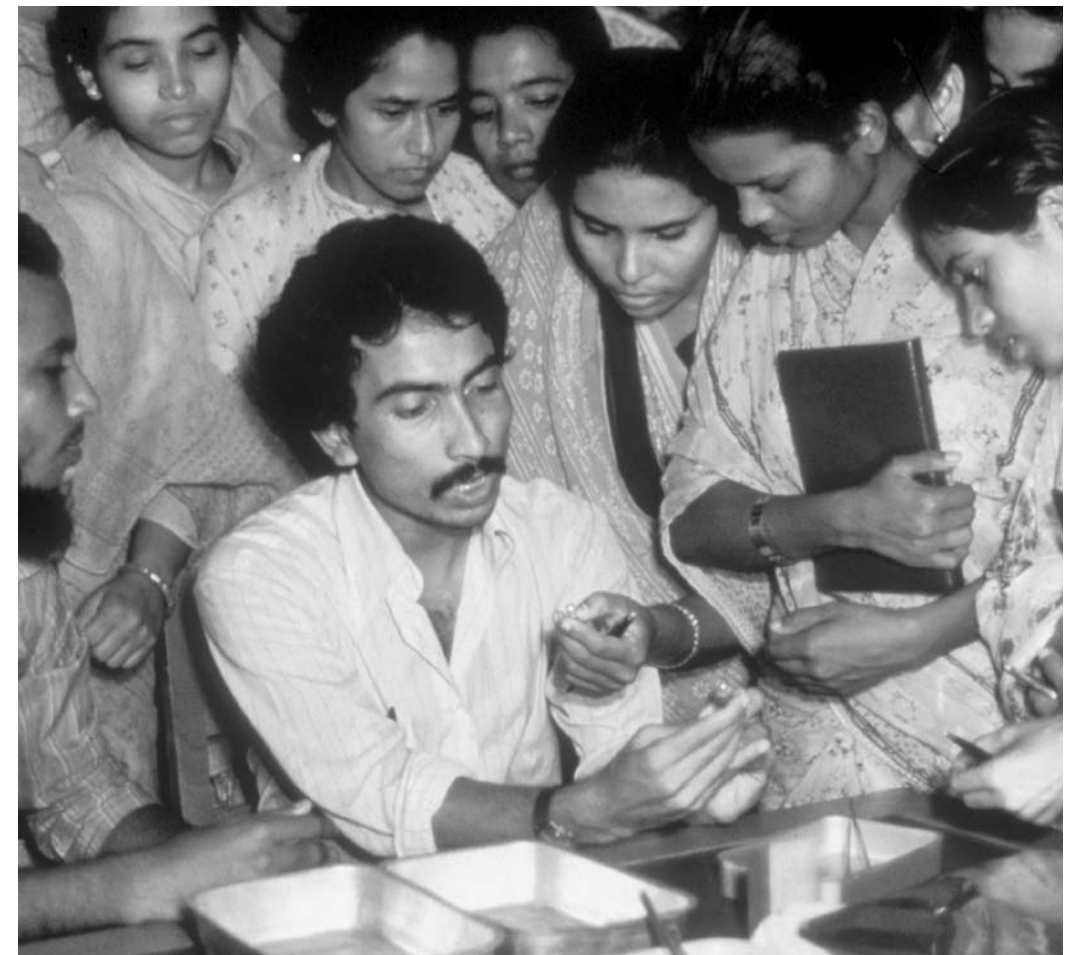
Wie müssen wir uns organisieren, dass wir die «richtigen» und zukunftsrelevanten Ausbildungsinhalte identifizieren?

Bedürfnisse und Nachfrageprinzip: Bei der Ausrichtung von Ausbildungsaktivitäten gibt es zwei mögliche Vorgehensweisen: die Angebotsorientierung oder die Nachfrageorientierung. Bei der Angebotsorientierung entscheiden Strukturen und Instanzen beziehungsweise die LehrerInnen darüber, was und wie gelernt werden sollte. Bei der Anwendung des Nachfrageprinzips versuchen die EntwicklerInnen von Kursen und (Aus-)bildungsgängen, diese auf Grund der Bedürfnisse der Aus- und Weiterzubildenden und im direkten Kontakt mit VertreterInnen der Zielgruppen und Ihrer Realität zu bestimmen.

Je mehr es gelingt, Ausbildungsinhalte und -methoden mit den Betroffenen zu entwerfen und durchzuführen, desto höher werden die Lernmotivation der Auszubildenden und letztlich der Lerneffekt sein.

Wie müssen wir Auszubildende uns organisieren, dass wir die Wissens- und Ausbildungsbedürfnisse der Auszubildenden kennen lernen und in den Ausbildungsinhalten darauf einzugehen?

Core Skills und Schlüsselkompetenzen: Gerade da sich unser Umfeld verändert und Überraschungen parat hält, brauchen wir Fähigkeiten und Fertigkeiten, die uns allgemein helfen, mit neuen Situationen umzugehen. Dazu gehören Kommunikationsfähigkeiten, also im Kontakt



HRD heisst realitätsbezogenes Lernen

mit anderen herauszufinden, was für Neues auf mich als betroffenes Individuum zukommen wird, was das für mich oder eine Gruppe heissen kann (Analysefähigkeit), welche Probleme dabei auftauchen könnten und wie ich diese alleine oder mit anderen lösen kann.

Diese Schlüsselkompetenzen sind von allgemeiner Bedeutung, egal, ob ich nun beispielsweise als MitarbeiterIn in einem Betrieb in Europa sitze, der einem harten Konkurrenzkampf ausgesetzt ist, als dessen Folge Leute entlassen werden könnten, oder ob ich in einem Krankenhaus in einem Entwicklungsland arbeite, das aufgrund von Spar- und Strukturanpassungsmassnahmen riskiert, geschlossen zu werden.

Welche Schlüsselkompetenzen braucht es in einem Programm oder in einer Organisation,

um mit wichtigen Herausforderungen proaktiv umgehen zu können?

Ein Leben lang lernen: Wenn die Hypothese stimmt, dass globalen Veränderungen andauern werden, heisst dies auf der Ebene der Individuen, bereit zu sein weiterzulernen. Und auch diese Bereitschaft, ein Leben lang gewillt zu sein zu lernen, will gelernt sein!

Ein Bildungssystem, aber auch Organisationen, die bereit sind sich anzupassen, den Kopf vor Veränderungen nicht in den Sand stecken, müssen sich dieser Notwendigkeit stellen und beispielsweise flexible Ausbildungsmodule bereithalten, aber auch Anreize schaffen, dass Individuen weiterlernen wollen. Oder mit anderen Worten, es muss sich für Individuen lohnen, sich



HRD heisst partizipativ vorgehen

weiterzubilden. Dies kann sich auf finanzielle Anreize beziehen, muss es aber nicht. Motivierend können auch neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten sein.

Wie steht es mit der Bereitschaft der AkteurInnen, lebenslang zu lernen?

Kosten kennen und Finanzierung auf mehrere Schultern verteilen: Jede Aus- und Weiterbildung kostet Geld, und Geld ist chronisch knapp. Die Kosten im Vorhinein auszurechnen und die tatsächlich anfallenden Kosten aufmerksam zu verfolgen, sind wichtige Entscheidungshilfen, wann und wie immer ausgebildet werden soll. Je besser die Kosten einer Ausbildung bekannt sind, desto einfacher ist es auszuhandeln, wer welchen Teil übernimmt. Bildung und Ausbildung haben Aspekte eines öffentlichen Gutes, es ist also auch Aufgabe des Staates, dass breite Teile der Bevölkerung daran teilhaben. Weiterbildung kann aber auch im direkten Interesse einer Organisation oder Institution liegen, so dass zum Beispiel ein Krankenhaus die Ausbildung seiner MitarbeiterInnen übernimmt. Und je mehr die Aus- und Weiterbildung den individuellen Lebens- und Karriereplänen der Individuen entspricht, desto

eher kann man erwarten, dass sich Aus- und Weiterzubildende an den Kosten beteiligen.

Wie viel kostet der Kurs X, und wer bezahlt dabei welchen Teil?

Ausbildung mit Human Resource Development und Organisationsentwicklung verknüpfen:

Die Wirkung einer einzelnen Ausbildung lässt sich verstärken, je mehr die einzelnen Kurse aufeinander aufbauen und Teil einer Strategie zur Entwicklung der Human Resources sind. Dies lässt sich am ehesten innerhalb von Organisationen und Institutionen bewerkstelligen. Dazu müssen diese erstens Farbe bekennen, wie wichtig ihnen der Mensch und sein Dazulernen als Kernelement der Entwicklung innerhalb der Organisation sind. Und zweitens muss danach die Personalentwicklung so gestaltet werden, dass sich Weiterbilden lohnt, sei es über materielle oder andere Anreize. Wenn die Weitergebildeten das Gelernte schliesslich in ihrem Arbeitsumfeld auch anwenden können, entsteht eine lernende Organisation.

Wie können wir ein modularisiertes Ausbildungsprogramm in einer Organisation so gestalten, dass es attraktiv ist, daran teilzunehmen, und dass es motivierend ist, das Gelernte auch anzuwenden?

Somit wird deutlich: HRD braucht auch den Willen der EntscheidungsträgerInnen. Die Wirkung von Ausbildungsprogrammen hängt einerseits vom Willen und der Motivation der Lernenden ab, das Gelernte auch anzuwenden, andererseits von einem Human Resource- und Organisationskonzept, das für einen förderlichen Rahmen sorgt.

**Malte Lipczinsky ist von Beruf Wirtschaftsingenieur und in der Themensektion Arbeit und Einkommen der DEZA für Fragen der beruflichen Qualifizierung zuständig. Kontakt: malte.lipczinsky@deza.admin.ch. Allgemeine Informationen zum Engagement der DEZA im Bereich Skills Development: www.vetnet.ch.*

Human resource management interventions developed by Medicus Mundi (related) organisations: findings of a mail survey

Increasing competence, availability and motivation of health staff

In September 2002, Medicus Mundi International commissioned a study with the objective to contribute to developing the background for an action plan that could guide policy action of MMI and inform Medicus Mundi branches on human resources development policies. This study focused on the brain drain, the concept of stewardship and capacity development in the health sector. It included a mail survey to document the experience of Medicus Mundi organisations in the field of human resource management. This paper presents the synthesis of the results of the mail survey and a discussion on the findings.

*By Bruno Marchal and Guy Kegels**

Der Mensch als Mittel. Punkt?

The national Medicus Mundi branches are supporting a number of NGOs and other partners that are active mainly at provider level: first line health services, district and mission hospitals. A second type of partner organisations are the church hospital or health associations and national coordination bodies. Health workforce management issues are critical determinants of performance at this level.

The survey

A limited mail survey was organised at the end of 2002 in an effort to document the experience of European Medicus Mundi branches and their partner organisations in the South. The specific objective of this survey was to gather information on the problems encountered regarding human resource development and capacity building and on the interventions developed to deal with them.

The mail survey consisted of a short, open questionnaire that was sent by mail, fax or email to 10 MM branches in Europe and 30 mostly church related partner organisations all over Africa. Operational definitions were briefly explained and clarified with some examples.

The validity of the results is limited because of the low response rates. Indeed, only five European MM branches out of 10 responded, while from the south, only four responses out of 30 were obtained. The short deadlines, the slow surface mail communication and difficult email access are probably to blame. These low response rates obviously preclude firm conclusions. However, as we will discuss below, the scope and range of problems and interventions mentioned is quite broad and it matches the issues emerging from the literature review. With these limitations of the data in mind, we will explore in this paper some interesting insights, but do not pretend to present an exhaustive inventory of issues and activities.

Issues regarding human resource

The issues cited by the respondents can be cate-

gorised according to the level of the system were they are situated. Given the complexity and the interrelationships between the different determinants of human resources performance, it should be noted that it is not always easy to disentangle the issues listed by the respondents.

At individual level, issues raised pertain to competence, resource availability and motivation of health workers. At organisational/system level, most problems are related to management capacity. Few remarks are made regarding users and community. Indeed, only lack of effective counterbalancing weight is mentioned. The difficult socio-economic conditions of many developing countries are, not surprisingly, mentioned as a cause situated at the external environment level.

Individual level

- Loss of manpower due to HIV/AIDS
- Loss of manpower due to internal and external brain drain
- Rapid staff turnover
- Low motivation and burn-out
- Inadequately trained manpower
- Professional and ethical standards not maintained
 - Professional associations unable to keep up standards
- Health workers' commitment towards the population is sometimes quite low

Organisational and system level

- Insufficient local general management capacity
- Inadequate leadership, including prevailing high degree of individualism and inadequate longterm vision
- Inadequate coordination of health sector actors
- Inappropriate HR development planning and deployment
- Difficult working conditions with lack of resources

Community level

- Low counter-power capacity of the population in the face of disrespectful and unprofessional behaviour of health providers

External environment

- General difficult economic conditions resulting in inadequate resources

HRD Interventions set up by MM organisations

In this section, we summarily present the interventions developed by MM organisations in the field of human resource development. Where possible, we discuss their (perceived) effectiveness.

Increasing competence

Numerous examples were given of supporting medical education and training, a longstanding strategy to improve capacity and competence.

Supporting training programmes: Through improving infrastructure and provision of scholarships, MM Alavia supports a local nursing school. Cuamm supports both the diploma course and the Master in Health Services Management at the Uganda Martyrs University, Nkozi (Uganda). Graduates took up positions at district director level, at hospital director level and in NGOs. In Uganda, UCMB's programme of scholarships is considered very successful in terms of perceived usefulness, although effectiveness is difficult to assess as it is only in its second year. MM Alavia, Cordaid and Family Life Association of Swaziland have a similar programme. Most of the graduates of the Cordaid supported training programmes took up positions in their employing organisation. Problems with the selection procedure of candidates and drop-out of training contributes to loss of investment. Bonding contracts are attached to scholarships to increase retention. MM Alavia supported capacity development initiatives for traditional birth attendants (TBA), which included providing them with supplies. As a result, TBAs worked in better conditions and were more appreciated by the population.



Supporting training remains a commonly used method to maintain and improve competences.

Continued medical education (CME): MM Castellón supports a programme of continued medical education for auxiliary medical personnel in Nayita (Colombia), which contributed to a better functioning health centre and improved health education. Also Cordaid supports CME programmes in a number of places. Cuamm currently explores the possibilities offered by ICT for continuing education and lifelong learning.

Increasing the availability and motivation of health workers

Although effective and proven strategies to correct health workforce imbalances are rare, MM organisations are currently trying out several innovative approaches.

Retaining staff through financial incentives: Topping up of salaries for a limited number of essential local staff seems effective in retaining staff, at least on the short term. However, for Cordaid, the resulting distortion of local remuneration policies and the low degree of sustainability limits this approach to acute crisis situations. In other cases, Cordaid subsidises the recurrent expenditure of

partner organisations to ensure regular salary payments, which contributes more coherently to stabilisation of thousands of local employees. MM Alavia initiated performance management programmes. The financial incentive package proved unsuccessful in improving staff performance, but contributed to retaining staff. Family Life Association of Swaziland is currently working on a similar approach.

Retaining staff through non-financial incentives: MM Navarra and Cordaid support programmes using non-financial incentives to raise operational effectiveness and professional job satisfaction. These include improved working conditions, supplying standard essential equipment and supplies, rationalisation of off-duty schedules and staff transport and housing. This approach was very effective in that it allowed to attract local professionals and to replace expatriate staff by local personnel. In order to respond to the understaffing and rapid turn-over of personnel, some of the hospitals of the Uganda Catholic Medical Bureau have modified the general terms and conditions of service (contracts, pay levels).



The challenge remains how to seize this opportunity to ensure learning from experience.

Uptake of similar schemes by other organisations is slow. Although it is not easy to protect pension funds against inflation, the prospect of social security at retirement has a quite strong influence on recruiting and retaining staff in economically unstable and uncertain situations, as demonstrated by Cordaid in Ghana and Malawi. In other cases, Cordaid is assisting in setting up a system of retirement benefits (for example in a land buying scheme for future pensioners).

Reducing loss of personnel through occupational HIV infection: The Zimbabwean Association of Church related Hospitals (ZACH) drew up guidelines on prevention and management of needle prick accidents. Cordaid trains local staff on aids prevention and lobbies to give employed (para)medical staff priority in HAART programmes.

Addressing workforce distribution issues: In several countries, Cordaid supported the starting up of training courses for new cadres of auxiliaries to whom duties of higher trained staff are delegated (for example pharmaceutical technologists instead of pharmacists). Despite strong resistance of some professional associations, similar ini-

tiatives were taken in Lesotho, Ghana, Malawi, Zambia, Indonesia and Papua New Guinea. Expatriate personnel is sent out to supplement the local staff (Cordaid, MM Alavia, Cuamm). The latter improved its selection process to ensure deployment of qualified and competent expatriate personnel. Cordaid acknowledges that this is a mere drop in the ocean, except in the case of deploying staff at teaching institutions.

Interventions at the organisational level

Formal training: Many interventions aim at strengthening management capacities through formal training (e.g. UCMB and MM Alavia). HR management is specifically included in hospital and health administration training courses (Cordaid). Cordaid also distributes relevant literature on health care facility management and health economics.

Mentoring and coaching: Calcutta Project Basel aims at transferring strategic management and administrative skills through training, coaching and mentoring. MM Navarra uses a similar approach, but focuses also on developing leadership skills: promising individuals are given training

and basic resources to develop a personal professional project.

Re-organisation and teambuilding: MM Navarra introduced reorganisation of health providers into teams, focused on common goals and through which exchange of experience is stimulated amongst team members.

System-level initiatives

Due to the nature and action domain of MM (related) organisations, few interventions are situated at the central level of the health system.

Decentralisation and contracting: Cordaid promotes the strategy of decentralisation and the contractual approach to increase the capacity and decision space of management teams of peripheral centres and hospitals. Where decentralisation of HR decision-making authority is introduced, awareness of the importance of proper HR management rises. Job fulfilment, discipline, good supervision and teamwork are more easily attained, especially if effective community, participation allows user pressure on providers.

Discussion

Due to the low response rate, the previous section presents the responses of only a particular sample of MM organisations. However, the scope of issues and approaches mentioned by the respondents is wide. Even if the level of detail of the information supplied is limited, practically all avenues for action represented by the analytical model that emerged from the literature review (see Marchal & Kegels 2003) have been mentioned somehow.

This survey shows that competence and health worker availability are two main domains in which MM related organisations are active. Supporting training remains a commonly used method to maintain and improve competences. However, MM related organisations also use less formal, but perhaps more effective capacity strengthening methods like on the job training, mentoring and coaching. Staff availability is undermined by the brain drain, both within de-

veloping countries and towards higher-income countries. Acknowledging that this represents a major threat to equity and to accessibility and quality of health services, innovative interventions are being carried out to improve the retention of staff.

Some external environmental factors that determine human resource performance are virtually invulnerable to the efforts of NGOs. Because of the relatively few interfaces between most NGOs and the central level of the health system, NGO interventions at the system level are rather exceptional.

Although both financial and non-financial incentives are frequently called for as a means to influence health worker motivation, much remains unclear on their effectiveness and possible negative effects. Incentives act not only on quality practice, but also on the maintenance of competence and the willingness to be available. It may be useful to consider financial incentives not just as one homogeneous category, but to make the distinction between monetary rewards (salary, overtime, bonuses), compensation for use of personal effects, direct financed (subsidised study leave and tuition) and indirect financed (professional support) incentives.

MM related organisations are often in a position that allows them to a particular margin of freedom, which could be exploited to test innovative approaches. The challenge remains how to seize this opportunity to ensure 'learning' from experience, through good documentation of the analysis of the root problems, the choice of the intervention and the assessment of the outcomes without overburdening the core operations.

**Bruno Marchal and Guy Kegels: Current critical issues in Human Resources for Health in developing countries. Which role could Medicus Mundi Internationalis play? Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp (2003).*

Contact: bmarchal@itg.be, gkegels@itg.be.

«Zu wenig zum Leben, zu viel zum Sterben»

Ein Kommentar von Felix Kuechler*

Zu wenig zum Leben, zu viel zum Sterben: Dies trifft auch für viele einheimische Ärzte in Afrika zu. Die Löhne sind oft knapp genügend. Das Materielle ist aber nur die eine Seite. Wissenschaftliche Isolation, Monotonie der Arbeit und fehlende Weiterbildung, all dies macht das Leben im Buschspital schwer.

Das Resultat am Beispiel eines westafrikanischen Landes: Es gibt mehr beninische ÄrztInnen im Raume Paris als im Benin selbst. In ländlichen, abgelegenen Distriktspitälern sind die Arztposten oft verwaist, sei es, weil der Stelleninhaber privaten Angelegenheiten in der Stadt nachgeht, oder weil der Posten schlicht nicht besetzt werden kann.

Gibt es eine Lösung des Problems? Ich meine ja. Mehrere Aspekte müssen dabei berücksichtigt werden:

Anständiger Lohn: Der Lohn soll es möglich machen, bescheiden aber standesgemäss zu leben. Oft sind die staatlichen Löhne derart tief, dass sich die Beamten «Überlebensstrategien» zulegen müssen. Dieser Euphemismus steht für die Entgegennahme von Schmiergeldern, für das Entwenden von Medikamenten und Instrumenten und für etliches mehr. Expertenlöhne der bilateralen oder multilateralen EZA sind auch nicht der Massstab. Eine Faustregel: Doppelter staatlicher Lohn, da in der NGO doppelt so viel gearbeitet und Diebstahl mit Verwarnung bis Entlassung geahndet wird.

Geregelte Arbeitszeit: Es darf nicht mit dem Arbeitseinsatz von ledigen MissionarInnen verglichen werden. Einheimische ÄrztInnen haben Verpflichtungen ihrer Familie und der weiteren Gesellschaft gegenüber. Die kurativen Ambitionen eines Spitals müssen beschränkt werden zu Gunsten der Arbeitshygiene und des Wohlbefindens des Personals. Geregelte Nacht- und Wochenenddienste und mehrere Wochen Ferien pro Jahr sollten auch im Süden eine Selbstverständlichkeit sein.

Wohnung, Wasser, Elektrizität, Telefon: Die Infrastruktur für die Familie muss bereitstehen. Ein anständiges Haus, das auch in der Hitzeperiode einigermaßen kühl und in der Regenzeit trocken bleibt. Wasserturm und Stromgenerator erlauben es, Ausfälle der allgemeinen Versorgung zu überbrücken. Zugang – natürlich gegen Nutzungsgebühr – zu Telefon, Email und Internet lindern die Isolation.

Transport- und Schulungsmöglichkeiten: Oft ist es nicht im Interesse eines Mitarbeiters mit kargem Budget, ein eigenes Vehikel anzuschaffen. Das Bedürfnis nach privaten Verkehrsmitteln für Einkäufe, Reisen oder Verwandtenbesuche besteht dennoch und ist legitim. Spitaleigene Fahrzeuge, die reserviert und gemietet werden können, tragen zur Lösung des Problems bei.

Dass die Kinder eine gute Schule besuchen können, ist ein weiterer berechtigter Anspruch. Falls das offizielle System nicht befriedigt, kann gemeinsam eine kleine Privatschule betrieben oder ein Tutor für das Einstudieren der Fernkurse angestellt werden.

Weiterbildung und Curriculum-Entwicklung: Pionierpersönlichkeiten, die das Leben für «ihr» Buschspital hergeben, gibt es auch heute noch. Diesen Lebensentwurf als Massstab für ärztliche MitarbeiterInnen zu nehmen, ist verfehlt. Resigniert hat mir ein afrikanischer Arzt kürzlich anvertraut, er habe 13 Jahre lang im gleichen Spital gearbeitet und sein Horizont reiche kaum über die Wände des weiss gekachelten Operationsaales hinaus.

Gerade ein Netzwerk wie Medicus Mundi würde es ermöglichen, dass jüngere KollegInnen im Sinne der Assistenz- und Oberarztjahre

verschiedenartige Erfahrungen in mehreren Ländern machen können. Dazu gehören auch formelle Ausbildungszeiten wie Diplom- oder Masterkurse.

Es gäbe noch einige Punkte mehr, die den «brain drain» vom Süden nach Norden und vermehrt auch von ärmeren in reichere Länder des Südens bremsen könnten. Im Zentrum sollte immer der Mensch sein, mit seiner sozialen Verwurzelung in seinem Heimatland.

*Felix Kuechler, Dr. med., MSc Health Promotion, ist Vorstandsmitglied von Medicus Mundi Schweiz. Er lebte zwischen 1979 und 1993 in ländlichen Gegenden Westafrikas, wo er für NGOs und bilaterale Organisationen im Bereich von Basisgesundheitsprogrammen, Information Education Communication und Kostenbeteiligungsmodellen tätig war. Kontakt: felix.kuechler@promotionsante.ch.

Foto: WHO, P. Viro



Auf der Spitalterrasse irgendwo in Afrika: Warten auf den Herrn Doktor. Und wenn er nicht kommt?

Den Schlüssel finden

Human Resource Development (HRD), im deutschen mit dem Begriff «Personalentwicklung» leider nur unzureichend übersetzt und zudem nur sehr eingeschränkt verwendet, spielt eine wesentliche Rolle, wenn es darum geht, eine Organisation im Entwicklungsbereich erfolgreich bestehen zu lassen. Doch Instrumente, die die vorhandene Situation in einer Partnerorganisation verlässlich einschätzen und andererseits möglichen Problemlösungen ansprechen, sind nicht leicht zu finden.

Von Axel Hoffmann*

Ganz gleich, in welchem Sektor eine Organisation tätig ist, wird sie bei all ihren Planungen und Aktivitäten auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort angewiesen sein, will sie eine Nachhaltigkeit ihrer Aktivitäten erreichen. Am Beispiel des Gesundheitssektors wird deutlich, dass ohne Human Resource Development auf Seiten der Partnerorganisationen in Ländern mit begrenzten Ressourcen die Dezentralisation von Gesundheitsdienstleistungen und deren Nachhaltigkeit sowie andere Konzepte wie das der Partnerschaft von öffentlichen und privaten Versorgungsleistungen nicht umsetzbar sind. Die «menschlichen Ressourcen» sind der Schlüssel in einer gelungenen, modernen und partnerschaftlichen Entwicklungszusammenarbeit.

In diesem Sinne bedeutet Human Resource Development nicht mehr und nicht weniger, als der gezielte Einsatz von Strategien, Instrumenten und anerkannten Verfahren zur Rekrutierung, Erhaltung und Entwicklung der Angestellten, um somit die erwünschten Organisationsziele zu erreichen. Human Resource Development bedeutet aber auch, dass diese Strategie von der Organisationsspitze implementiert und voll mitgetragen wird. Fehlt diese Bereitschaft, dürften alle Bemühungen – wenn überhaupt vorhanden – zum Scheitern verurteilt sein.

Human Resource Development ist nicht, wie oft fälschlicherweise angenommen wird, von der Grösse einer Organisation abhängig. Ganz im Gegenteil zeigt die Praxis, dass erfolgreiche Ansätze unabhängig von Grösse, Komplexität und Zielsetzung einer Organisation implementiert werden können.

Hinsichtlich der Instrumente, die im Human Resource Development zum Einsatz gelangen können, zeichnen sich jedoch erhebliche praktische Unterschiede ab. Die Weltgesundheitsorganisation WHO und andere UN-Organisationen wie UNICEF und UNAIDS, aber auch die Weltbank und wissenschaftliche Forschungsinstitute haben in den letzten Jahren Kriterien und Indikatoren festgelegt, um die erheblichen Einschränkungen des zur Verfügung stehenden Personals in ärme-

ren Ländern systematisch zu analysieren und Strategien und Wege zu beschreiben, wie dem mittels eines gezielten Human Resource Development zu begegnen ist. Diese Strategien zielen jedoch fast ausnahmslos auf eine Strategieimplementierung auf (nationaler) Makroebene ab – was unzweifelhaft richtig und notwendig ist, um ein Human Resource Development auf Sektorebene oder sogar sektorübergreifend politisch zu stabilisieren. Für kleinere und mittlere Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit sind diese Instrumente jedoch unhandlich und nicht nutzbar, erfordern sie doch in der Regel erhebliche Datenerhebungen bzw. umfangreiche Analysen vorhandener, nationaler Datensätze.

Ein Instrument, das für solche Organisationen einerseits die vorhandene Situation in einer Partnerorganisation verlässlich einschätzt und andererseits die möglichen Problemlösungen anspricht, sollte folgende Bereiche abdecken:

- Es muss möglichst schnell Informationen über Hauptcharakteristiken der Partnerorganisation im Bereich HRD liefern
- Es sollte alle Komponenten des HRD erfassen und auf einer Skala bewerten
- Ein Aktionsplan zur Verbesserung einzelner Komponenten des HRD in der Partnerorganisation sollte möglichst einfach ableitbar sein
- Das Instrument dient somit gleichzeitig als ein Leitfaden zur Entwicklung eines HRD-Systems
- Nicht zuletzt sollte ein solches Instrument dazu dienen, die Thematik des HRD in der gesamten Organisation zu diskutieren und strategische Planungsprozesse in die Wege zu leiten

Ein Beispiel eines solchen, praktisch einfach zu handhabenden Instrumentes, ist das «Human Resource Development Assessment Instrument», zur Verfügung gestellt von Management Sciences for Health (1998). Dieses Instrument ist allerdings auf den Gesundheitssektor fokussiert – auch wenn für andere Sektoren Parallelen bestehen. Andere Instrumente beziehen sich meist auf einzelne Komponenten eines HRD, wie z.B. Supervision und Coaching von Mitarbeitern/

innen, Mitarbeitertraining, Mentoring, Personalauswahl, etc. Hinzu kommen weitere Instrumente, welche im Hinblick auf die Beratung der Partnerorganisation zur Einschätzung der Beratungskompetenzen eingesetzt werden können. Wichtig ist beim Einsatz aller Instrumente, dass sie zunächst auf die jeweiligen Bedürfnisse der Partnerorganisationen in Entwicklungsländern angepasst werden müssen. Human Resource Development sollte als ein Angebot an die Partnerorganisation verstanden werden, welches diese aufgreifen und umsetzen muss. Dies bedingt eine detaillierte Bedarfsabklärung auf Seiten der Partner, da ansonsten eine nachhaltige Implementierung eines HRD-Systems nicht möglich erscheint.

**Axel Hoffmann ist Kurskoordinator am Schweizerischen Tropeninstitut in Basel und unter anderem mit der Implementierung eines nationalen HRD-Plans im Bereich Family Medicine in Tadjikistan befasst.*

Literatur:

Egger, D.; Lipson, D.; Adams, O. (2000). *Achieving the right balance: The role of policy-making processes in managing human resources for health problems*. Geneva: WHO

Management Sciences for Health (1998). *Human Resource Development Assessment Instrument for Non-Governmental Organizations and Public Sector Health Organizations*. <http://erc.msh.org>

Management Sciences for Health (1998). *Supervisor Competency Self-Assessment Inventory*. <http://erc.msh.org>

UNDP (2002). *Human Development Report*. New York: Oxford University Press

UNICEF (2002). *The state of the world's children 2001*. New York: UNICEF

Weidemann, A. & Paschen, M. (2001). *Personalentwicklung. Potenziale ausbauen, Erfolge steigern, Ergebnisse messen*. Freiburg: Haufe

WHO (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*, World Bank (1993). *The world development report 1993: Investing in health*.

Trouver la voie la plus prometteuse

Les membres de Medicus Mundi Suisse partagent tous la conviction que la promotion des soins de santé primaire dans le sens de la déclaration d'Alma Ata contribue à une amélioration de l'état de santé des populations défavorisées. C'est la raison pour laquelle la plupart des organisations non-gouvernementales (ONG) orientent leurs activités dans ce sens. Avec la responsabilisation et l'autonomie croissantes des collaborateurs locaux, la question de la formation (formation de base, post grade ou continue) apparaît comme centrale dans l'aménagement d'une coopération avec des partenaires dans des pays à faible revenu.

Par Beat Stoll*

L'épidémie du SIDA a entravé bien des programmes de coopération car elle a touché particulièrement les élites. Introduire systématiquement la formation comme un élément clé pour assurer la relève devient donc crucial. Essayons de résumer brièvement les divers cas de figure qui caractérisent les voies de formation professionnelle dans des pays à faible revenu :

Formation par « compagnonnage » :

La plupart des coopérateurs du Nord l'ont pratiquée durant des années et non sans succès. Combien d'hôpitaux n'ont-ils pas fourni pendant des années des prestations de qualité grâce à des infirmiers « chirurgiens » ou « accoucheurs », formés sur le tas par des opérateurs chevronnés ayant séjourné pendant un ou deux ans en Afrique ? Aujourd'hui, où la plupart des pays ont instauré non seulement une législation quant aux exigences du droit de pratique dans le domaine de la santé, mais aussi des curriculums de formation dans le pays, le « compagnonnage » montre ses limites.

Formation dans une école locale :

Nombreuses sont devenues les possibilités de suivre des formations de base dans les pays, surtout dans le domaine des soins infirmiers. Certaines écoles ont été fondées par des organisations religieuses ; leur accès reste équitable et leur programmes sont pertinents. Recourir à ces structures de formation favorise leur développement ; les coûts liés à de telle formation restent souvent par ailleurs modestes pour les ONG. De plus, la personne diplômée de l'école dispose d'une formation reconnue qui lui permet de travailler aussi ailleurs dans le pays ou de progresser sur l'échelle des salaires. En revanche, les aspects de la formation post grade et continue sont souvent négligés, voire inexistantes. La crise économique sévissant dans la plupart des pays pauvres menace la qualité de l'enseignement (enseignants non-payés, manque de matériel didactique).

Formation dans une école à l'étranger :

Offrir une formation à l'étranger permet à un collaborateur de découvrir de nouveaux horizons, de vivre dans un environnement stimulant et d'augmenter son réseau de connaissances. En revanche, cette voie a un prix élevé (frais de formation et coûts de la vie). S'il s'agit d'une formation de base, l'ONG doit trouver un financement pour des périodes de quelques années. On doit considérer le risque que la personne formée s'installe ailleurs plutôt que de revenir dans son pays (« brain drain »). Le nouveau diplôme peut donner accès à un marché de travail mieux rémunéré ce qui de toute évidence permet un meilleur soutien de la famille restée dans le pays. Par ailleurs, une formation à l'étranger ne signifie pas forcément une formation en Europe ! Dans le domaine de la médecine, des pays comme le Bénin, le Cameroun, le Ghana, le Mali ou encore le Sénégal offrent dans des domaines spécifiques de la médecine des formations de qualité. Elles sont aussi pertinentes par le fait qu'elles se réfèrent à un contexte de travail similaire duquel se trouve l'étudiant (cf. www.healthtraining.org).

Formation post grade continue de type « modulaire » à l'étranger :

Une variante intéressante est sans doute la formation post grade continue de type modulaire durant laquelle l'étudiant fait plusieurs « va-et-vient » entre son pays et les lieux de formation. La personne se trouve dans des contextes différents du sien, augmente son réseau de connaissance et étudie dans le cas idéal les domaines les plus pertinents pour lui. Les coûts sont semblables à ceux d'une formation « fixe » mis à part les coûts de voyages supplémentaires dus aux déplacements divers pour suivre les modules. Le risque du « brain drain » est moindre parce que la personne garde en principe son insertion dans son pays. Une difficulté peut consister dans le besoin d'adaptation à chaque nouveau cours ainsi qu'au manque de cohérence pédagogique entre les divers modules suivis. La maîtrise en



Photo: ITS

Un groupe d'étudiants post grade à l'Institut Tropical Suisse à Bâle

santé internationale proposé par le réseau TropEd (www.troped.org) est un exemple de ce type de formation, réunissant en son sein les compétences de plus de 20 universités en Europe dans les divers domaines de la santé internationale.

Formation à distance :

Grâce aux nouvelles technologies d'information et de communication, les programmes de formation à distance sont de nouveau très en vogue. Bientôt plus un domaine médical sans un ou plusieurs programmes de formation à distance. Il est vrai, ceci évite tout déplacement pour le candidat, et lui ouvre la voie aux connaissances scientifiques les plus récentes. Malheureusement, la charge de travail nécessaire pour réussir un diplôme à distance est souvent sous-estimée.

Se former tout en assumant la charge de travail habituelle devient rapidement une tâche impossible. De plus, les conditions techniques comme l'équipement informatique de base ou encore des lignes de transmissions de données de qualité et stables, ne sont pas encore acquises dans la plupart des pays à faible revenu. Apprendre exclusivement à distance demande une grande rigueur de la part de l'étudiant qui manque d'un environnement stimulant. Le taux d'abandon en cours de formation est plus élevé que dans les curriculum plus classique. Les ressources ainsi investies seront alors perdues.

Formation à distance modulaire :

Un dernier type de formation consiste en un curriculum utilisant principalement le champ d'action de l'étudiant tel que par exemple le diplôme de santé publique (www.imsp.ch/dsp) le propose. Le candidat apprend son nouveau métier en cohésion et selon ses besoins. Le fait de progresser dans un groupe assure une dynamique favorable à l'apprentissage. Le risque du « brain drain » est quasi écarté. Les candidats se voient plutôt promu à des nouveaux postes dans le contexte habituel. En revanche, les coûts et le temps nécessaires liés à un tel parcours sont élevés. Cette formation nécessite plusieurs « va-et-vient » entre le pays de résidence et le centre de formation pour suivre des cours de base et pouvoir échanger sur ses projets. L'étalage de la formation dans le temps permet la construction de projets bénéficiant des nouveaux réseaux de connaissance acquis au cours des études. A notre connaissance, ce type de formation cible pour l'instant essentiellement le domaine de la santé publique. Les parcours pour d'autres domaines cliniques seront sans doute possibles mais restent à construire.

Nous avons voulu démontrer qu'une analyse des possibilités de formation doit être faite afin d'identifier la voie la plus prometteuse tant pour le projet que pour l'ensemble du système de santé. Cela signifie une discussion approfondie avec la personne à former, les décideurs sur place et

d'autres personnes disposant d'une expérience en la matière.

Le parcours que nous connaissons le mieux n'est pas toujours le plus pertinent pour nos collaborateurs : avantages et éventuels obstacles doivent être pondérés. Une formation reconnue par un diplôme offre des nouvelles possibilités pour les coopérants sur le terrain, comportant évidemment le risque de tenter sa chance ailleurs.

En même temps, plus les professionnels de santé avec une bonne formation sont nombreux, plus le système de santé entier en profite. On peut espérer que les cycles de formation continue pourront émerger pour assurer la qualité professionnelle sur le long terme. Finalement, ce que nous souhaitons, c'est que les personnes formées deviennent des professionnels de la santé, capables de promouvoir les soins de santé primaire. Ces professionnels vont donc contribuer non seulement à une meilleure réalisation des projets, mais aussi façonner les projets par leur regard critique, pour réajuster et améliorer l'état de santé des populations.

** Beat Stoll est un médecin de santé publique qui travaille à l'IMSP de l'Université de Genève, principalement dans le domaine de la formation continue des professionnels de la santé (diplôme de santé publique, prévention alcool en médecine générale). Par ailleurs, il est membre du comité de Medicus Mundi Suisse. Contact : beat.stoll@imsp.unige.ch.*

Ein Stein wurde ins Rollen gebracht

Etwa 25 VertreterInnen von grossen und kleinen Organisationen der Gesundheitszusammenarbeit nahmen an dem von Medicus Mundi Schweiz organisierten Workshop zum Thema «Der Mensch als Mittel. Punkt? Human Resource Development in der internationalen Zusammenarbeit» teil. Wie vielfältig auch die Erfahrungen und Interessen der TeilnehmerInnen waren, die in den angeregten Gesprächen insbesondere zum Tragen kamen, so war allen die Sorge um die Stärkung der MitarbeiterInnen bei den Partnerorganisationen gemeinsam.

Es berichtet Helena Zweifel.



Foto: STI

Was heisst es, den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen? Einführung ins Thema mit Helena Zweifel (rechts) und Beat Stoll.

Es mangelt weniger an den Fachkenntnissen der MitarbeiterInnen im Feld, als an deren Managementkenntnissen und -fähigkeiten, an Kommunikations- und Verhandlungskompetenzen oder auch am Blick fürs Ganze. Dies war eine der Erkenntnisse, die aus den Gruppendiskussionen hervorging. Der ständige Verlust qualifizierter Arbeitskräfte, die, nachdem sie einmal eingearbeitet sind und befähigt wären, grössere Verantwortung zu übernehmen, ihre Stelle kündigen und abwandern, war ein weiterer wichtiger Punkt. Die Gründe dafür sind äusserst vielfältig und kontextspezifisch, sie reichen von Strategien der eigenen Lebensgestaltung zu materiellen Zwängen, mangelnder Identifikation mit Betrieb oder Organisation, wenig stimulierendem Umfeld, Neid und Missgunst der andern, sozialem Druck über den Traum vom besseren Leben anderswo hin zu gezielten Abwerbestrategien der besser zahlenden Institutionen und Länder. Eine gewisse Hilflosigkeit gegenüber dem Phänomen des «Brain Drain» machte sich breit, unter anderem auch weil viele der massgeblichen Faktoren ausserhalb des Einflussbereichs der Hilfswerke liegen. Berufliche Aus- und Weiterbildung kann sich als zweischneidiges Schwert erweisen. Mit der beruflichen Förderung wird ein Karriere-sprung ermutigt, was auch einen Sprung aus der Organisation hinaus bedeuten kann.

Wichtig, doch was können wir tun?

Die Förderung der MitarbeiterInnen bei Partnerorganisationen folgt in der Regel keiner festen Strategie, ist meist ad hoc und pragmatisch, eine Reaktion auf das Gebot der Stunde. Einen andern Ansatz zeigte Barbara Weyermann in ihrem Input auf. Die Stiftung Terre des hommes hatte in Nepal eine Aktionsforschung investiert, um Schwierigkeiten und Überforderung der Gesundheitspromotorinnen bei ihrer Arbeit zu verstehen, zu reflektieren und Verbesserungen umzusetzen. Dazu auch ein Beitrag in dieser Nummer. Der Aktionsforschungsprozess, begleitet von ge-

meinsamer Reflektion und intensiven Coaching, hat sich als sehr wirksame und erfolgreiche HRD-Massnahme erwiesen.

Von einer Erfolgsgeschichte wusste Tobias Schüth vom Schweizerischen Roten Kreuz zu berichten. Im Rahmen des schweizerisch-kirgisischen Projektes zum Aufbau von Basisgesundheitsdiensten (Community Action for Health) waren Frauen und Männer ausgebildet worden, mit Hilfe eines sehr einfachen Instruments auf partizipatorische Art und Weise die Gesundheits-situation der Dörfer zu analysieren und Aktivitäten zur Verbesserung zu initiieren. Wichtiger als Vermittlung von Kenntnissen im Gebrauch des Werkzeugs war das Erlernen neuer Haltungen und Verhaltensweisen, insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft, richtig zuzuhören um zu verstehen – und nicht zu predigen. Diese Art der Weiterbildung eröffnete den MitarbeiterInnen die Chance, persönlich zu wachsen und an einem

aufregenden Prozess teilzunehmen, der für ihre Arbeit förderlich war. Ein weiterer Faktor, der für den Erfolg ausschlaggebend war, war die aussergewöhnliche Offenheit und Unterstützung seitens des Gesundheitsministeriums. Inwiefern sind solche Erfahrungen auf andere Kontexte übertragbar? Braucht es die hohe zeitliche und menschliche Investition in den gemeinsamen Prozess, um gute Resultate zu erzielen? Wie können Informationen über gelungene Ansätze und Erfahrungen «im Felde» in die Strategie- und Policyentwicklung in der Zentrale einfließen?

Beide Beispiele verdeutlichen, dass auf der Mikroebene Erfolge erzielt werden, welche aber in der Regel auf Makroebene nicht rezipiert werden. Sie zeigen zudem, dass Personalentwicklung nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern in systemischen Zusammenhang steht mit einem Entwick-



Wie wird in Eurer Organisation mit dem Thema Personalentwicklung umgegangen? Angeregte Gespräche in der Pause ...



... und in den Arbeitsgruppen.

lungs- und Veränderungsprozess der Organisation oder zumindest der Bereitschaft, solche Prozesse zuzulassen. Beide wiederum stehen in Wechselwirkung mit dem (Gesundheits-)System, welches solche Prozesse erlaubt oder verhindert. Innovative Ansätze zur Personalentwicklung und Lern- und Veränderungsprozesse bei Partnerorganisationen benötigen Zeit und Geduld, ohne dass die Resultate bereits morgen messbar wären. Dazu braucht es Verständnis, Entgegenkommen und Risikobereitschaft seitens der Geberorganisationen.

Prozesshaft weitergehen

Die Diskussion um die Personalentwicklung bei Partnerorganisationen wurde eröffnet, ein Prozess in Gang gesetzt. Am Workshop hat sich kein Thema als die zentrale Fragestellung zur weiteren Vertiefung herauskristallisiert, noch weniger konnte ein Aktionsplan entworfen werden. In der abschliessenden Runde wurden mögliche Themenbereiche zu Weiterarbeit vorgeschlagen, zum Beispiel «staff retainment» (wie können die MitarbeiterInnen behalten werden? Attraktivität des Arbeitsplatzes), Bedeutung und Förderung

sozialer Kompetenzen, Impakt von HIV/Aids aufs Personal und Umgang damit, etc.

«Dies sollte nicht eine One Shot-Übung sein», hofft Peter Eppler vom SRK und wünscht, dass prozesshaft weitergearbeitet würde. Daniel Mäusezahl von der DEZA würde das Entstehen einer Art «Community of Practice» zu HRD begrüßen, in der konkrete Ansätze und Erfahrungen aufgearbeitet, bekannt gemacht, diskutiert und weiterentwickelt werden, und darauf aufbauend, weiterreichende Ansätze und Strategien entwickelt werden könnten. Er würde auch begrüßen, wenn Medicus Mundi Schweiz darin eine aktive Rolle übernehmen könnte. Damit könnte auch der Sorge und Bedürfnis von Mitgliedorganisationen von Medicus Mundi Schweiz entsprochen werden, die MitarbeiterInnen bei Partnerorganisationen zu stärken.

*Die Dokumentation des Workshops mit weiterführender Literatur und Internetressourcen zum Thema findet sich auf der MMS-Website:
www.medicusmundi.ch/workshop2003.htm*



Inhalt

Der Mensch als Mittel. Punkt?

Human Resources Development in der Gesundheitszusammenarbeit

Helena Zweifel: S. 2
Editorial

Kaspar Wyss in collaboration with Daniel Mäusezahl: S. 4
Human Resources for Health (HRH). A crucial element for achieving international development targets

Barbara Weyermann: S. 9
Psychosoziale Faktoren der Unterernährung: Wie ein Team in Nepal lernte, damit umzugehen

Brigitte Signer-Pfenninger: S. 13
Geben und nehmen im Austausch mit einheimischen Fachkräften

Helena Zweifel: S. 16
Moderieren, vermitteln, begleiten. Schlüsselkompetenzen in der internationalen Zusammenarbeit

Ursula Walter: S. 20
Gesund bleiben im Umgang mit Krankheit: Allmacht, Ohnmacht, was sonst?

Malte Lipczinsky: S. 24
Human Resource Development (HRD). Welche Lehren für den Gesundheitsbereich?

Bruno Marchal and Guy Kegels: S. 29
Human resource management interventions developed by Medicus Mundi (related) organisations: Findings of a mail survey

Felix Küchler: S. 34
Zu wenig zum Leben, zu viel zum Sterben. Ein Kommentar

Axel Hofmann: S. 36
Den Schlüssel finden. Instrumente des Human Resource Development für die praktische Arbeit in Organisationen

Beat Stoll: S. 38
Trouver la voie la plus prometteuse. La formation dans la coopération avec nos partenaires

Helena Zweifel: S. 41
MMS-Workshop vom 4. September 03