

# Projektskizze von SAMARITANA

Durch Ausbildung von Samaritern in den Dörfern von Madagaskar soll die Gesundheitsversorgung an der Basis signifikant verbessert werden.

Auftraggeberschaft:  
Verein AiNA soa

Ansprechperson:  
Nicole Imboden

Verfasserinnen: Nicole Imboden

Rombach, den 24.08.2011

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
2. Problem- bzw. Fragestellungen.....	3
3. Zielsetzungen des Projektes .....	4
4. Vorgehen und Methodik .....	5
5. Terminplanung und Meilensteine .....	6
6. Beteiligte / Akteurinnen und Akteure .....	7
6.1 Medizinisch tätige Menschen in den Dörfern Madagaskars .....	7
6.2 Die Auszubildenden/ Studenten des Projekts .....	7
6.3 Lokale Kontaktpersonen .....	7
7. Ressourcen und Ressourcenbedarf .....	8
7.1 Fachliche Ressourcen.....	8
7.2 Zeitliche Ressourcen.....	8
7.3 Finanzielle Ressourcen.....	9
8. Projektabschluss/ Projektauswertung.....	9

## **1. Einleitung**

Ausgangslage des vorliegenden Projektes ist das Anliegen, Menschen in Madagaskar zu befähigen, bei alltäglichen gesundheitlichen Problemen richtig zu reagieren und in Notsituationen Erste Hilfe zu leisten. Die Gesundheitsvorsorge soll an der Basis, in den Dörfern mit ausgebildeten Samaritern verbessert werden. Ziel des Projektes ist es, medizinisch geschulte Personen weiter zu bilden, damit sie Ansprechpersonen in den Dörfern zu Samaritern ausbilden. Diese Projektskizze soll über die Planung Aufschluss geben und aufzeigen, wie dies möglich werden kann.

Zuerst werden die Problemfelder anskizziert und dahingehend zu berücksichtigende Fragen zum Projekt gestellt. Die Zielsetzung wird ausgeführt und die Methodik mit einer Meilensteinplanung aufgezeigt. Da vieles noch nicht vorhersehbar ist, beschränkt sich die Planung bis zum Zeitpunkt des Projektstarts im Januar 2013. Die beteiligten Akteure werden identifiziert und die vorhandenen und die benötigten Ressourcen aufgeführt.

## **2. Problem- bzw. Fragestellungen**

Das Gesundheitssystem in Madagaskar ist in sich heterogen. Verschiedene Interventionen von unterschiedlichen Organisationen führen zu einem Teilwissen, dass viel Raum für Mythen und Unsicherheiten lässt. Das Gesundheitssystem ist immer an die wirtschaftliche Situation in einem Land gebunden. Es ist leicht ersichtlich, dass fehlende finanzielle Mittel eine grosse Einschränkung im Ausbau und Unterhalt des Gesundheitswesens zur Folge haben.

So wurden in Madagaskar pro Einwohner im Jahr 2004 nur gerade mal 7 USD für die Gesundheitsversorgung aufgewendet. Im Vergleich dazu wurden in der Schweiz im Jahre 2005 4'177 USD pro Einwohner aufgebracht. Ähnlich eindrücklich sind die Zahlen der praktizierenden Ärzte. In Madagaskar gibt es pro 100 Einwohner gerade mal einen Arzt. In der Schweiz sind es 38 Ärzte pro 100 Einwohner. Auch die Lebenserwartung in Madagaskar ist ein Ausdruck der medizinischen Versorgung, ebenfalls der Ernährungszustand: Madagassen werden im Durchschnitt 64 Jahre alt. 38% der Bevölkerung leidet an Unterernährung (vgl. statistiques moniales o. J. o. S.). Durch die Verdopplung der Bevölkerung in den letzten 25 Jahren steigt die Belastung für die ganze Ökonomie und Ökologie, was sich wiederum auf die Gesundheitsversorgung auswirkt. Die Gesundheitszentren sind vielerorts nicht genügend ausgestattet, oder das Personal unzureichend ausgebildet. 65% der Bevölkerung benötigen mehr als 5 km zum nächsten Gesundheitszentrum. Muss jemand getragen werden, wird diese Distanz fast unüberwindbar (vgl. Action Plan 2007 J. S. 72-77).

Die Ausgangslage ist infolge der wirtschaftlichen und neu auch der politischen Instabilität schwierig. So kann die Lösung nicht primär in einer staatlich finanzierten und auch nicht in einer

hoch technologisierten Intervention gesucht werden. Probleme müssen somit an der Basis bei der Entstehung und der Weiterverbreitung angegangen werden.

Die Frage stellt sich also, wie die Gesundheitsversorgung an der Basis in den Dörfern verbessert werden kann. Wie ist es möglich, das Grundwissen über Krankheitsverhütung und Erste Hilfe den Menschen in den zahlreichen Dörfern Madagaskars zur Verfügung zu stellen? Wäre es sinnvoll Samariter, angelehnt an das schweizerische Vorbild, aus zu bilden? In einem Pilotprojekt wurde ein Lehrplan getestet und dessen Nutzen drei Jahre später untersucht. Infolge dieser Untersuchungen wurde der Nutzen, sowie deren Durchführbarkeit eines Gesundheitskurses für Menschen in den Dörfern bestätigt.

Wichtig für einen überregionalen Fokus ist das konzeptionelle Vorgehen. Welche diversen lokalen Gegebenheiten müssen beachtet werden und welche vorhandenen "Channels" könnten mitbenutzt werden? Welche gesetzlichen Grundlagen müssen berücksichtigt werden und wie könnte die Zusammenarbeit mit den nationalen und lokalen Behörden funktionieren? Diese Fragen können zum Teil im Vorfeld, müssen aber vor Ort mit Experten und Regierungsbeauftragten geklärt werden. Somit kann in dieser Skizze nach dem Vorgehen, den benötigten Mitteln, den personellen Zielgruppen und der Zusammenarbeit mit den lokalen und nationalen Behördemitgliedern gefragt werden. Details über die Lokalitäten, den regionalen Kontaktpersonen und der Kooperation mit medizinischen Institutionen müssen jedoch später in Madagaskar selber erkundet werden.

### **3. Zielsetzungen des Projektes**

Ziel des Projektes ist es demnach Menschen auszubilden, die wiederum Menschen zu Samaritern auszubilden. Dadurch soll, wie bereits angesprochen, die Grundversorgung an der Basis, in den Dörfern verbessert werden. Menschen sollten nicht mehr wehrlos zusehen müssen, wie ihre Mitmenschen leiden und sterben, nur weil sie keine Ahnung haben, wann sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, wie sie Erste Hilfe leisten und wie sie sich bei kleineren Problemen selber behandeln können.

Die personelle Zielgruppe ist somit medizinisch ausgebildete Personen, die bereit sind, Menschen in den Dörfern zu Samaritern aus zu bilden.

Der Fokus des Projektes liegt demzufolge auf der Ausbildung. Ein gutes Fundament in Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre und erste Hilfe soll vermittelt werden. Ziel ist ein vertieftes Wissen, wodurch eigenverantwortliches und kompetentes Handeln möglich wird. Dieses vertiefte Wissen wird so verständlich vermittelt, damit an der Basis urteilssicheres Handeln möglich wird. Wissen soll verbreitet werden, welches nicht Mythen bekämpft, sondern durch seine Klarheit, neue Perspektiven eröffnet und infolgedessen dazu führt, dass es von der Bevölkerung akzeptiert und angewendet wird. Nur durch die Verankerung in lokale Strukturen und die nationale Anerkennung, ist die gewünschte Wirkung in der Bevölkerung möglich. Ohne

das diese Wissensvermittlung zu einer madagassischen Institution wird, wäre der Nutzen nur temporär. Der Erfolg ist also daran zu messen, wie das Programm aufgenommen und weiter geführt wird.

Es wird versucht, mit einem minimalsten ausländischen Input zu arbeiten. Von Beginn an wird die Zusammenarbeit mit innovativen Madagassen gesucht. Die Finanzierung läuft zu anfangs über den Verein AiNA soa, soll aber nach ca. 3 Jahren durch eine landesinterne Finanzierung abgelöst werden. Daher ist es unerlässlich auf ein "low budget" Vorgehen zu achten. Ziel ist es eine eigenständige madagassische Organisation zu bilden, welche die medizinische Versorgung an der Basis gewährleistet.

#### **4. Vorgehen und Methodik**

Der Verein AiNA soa pioniert das Projekt. Die Erwirkung einer Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Regierungsorganen muss der erste Schritt sein. Dazu wird die bestehende Kontaktperson Dr. Ratsirbazafi Marie Rolland vom Institut National de Santé Publique et Comminautaire beigezogen. Dieser hat seine Hilfe zugesagt und ist auch in der richtigen Position um das Projekt zu unterstützen.

Fähige und motivierte Mitarbeiter müssen rekrutiert werden. Diese werden über bestehende Kontakte und an den Universitäten gesucht. Nicht nur medizinische Mitarbeiter, sondern auch Personen in den Bereichen der Administration, Buchhaltung, Management, Raumunterhalt etc. werden benötigt. Diese Personen erhalten einen angepassten Lohn vom Verein AiNA soa. Um das Projekt zu starten, werden ca. 8-10 Mitarbeiter ausgewählt. Je nach Bedarf werden noch mehr Mitarbeiter angestellt. Diese werden in Entscheidungen miteinbezogen und in ihren Fähigkeiten entsprechend gefördert. Der ausländische Input sollte vorwiegend in der Startfinanzierung, Koordination und im Coaching liegen.

Unterricht:

In den Dörfern werden seit langem Personen bestimmt, die seither in Teilbereichen medizinisch ausgebildet werden. Diese sollen erneut rekrutiert und weiter zu Ausbildern der Samaritern geschult werden. Das Vorgehen wird wahrscheinlich Distriktweise sein, wodurch eine Vernetzung während der Schulung stattfindet. Infolgedessen soll eine gute Zusammenarbeit innerhalb der Mitarbeiter eines Distriktes erwirkt werden. Die Schulung dauert fünf Monate. So sind pro Jahr zwei Kurse möglich. Zwei Monate werden jeweils für die Rekrutierung und Vorbereitung der nächsten Kurse benötigt. Die Studierenden leben vor Ort und erhalten gemeinsame Mahlzeiten. Während der Schulung erhalten sie aber keinen Lohn. Danach werden sie zu einem landesüblichen Lohn angestellt.

Im weiteren soll das unmittelbare Vorgehen bis zum Projektstart in Meilensteinen terminiert werden.

## 5. Terminplanung und Meilensteine

Datum	Arbeitsauftrag
01.09.2011	Projektskizze ist geschrieben Vereinsstatuten sind verfasst
15.09.2011	Webseite in Auftrag gegeben
01.10.2011	<b>Meilenstein</b> Projektskizze ist fertig Vereinsmitglieder von AiNA soa sind angesprochen
01.10.2011	Papiere für die Steuerbehörde sind vorbereitet
06.11.2011	Gründung des Vereins AiNA soa
01.12.2011	Einreichen der Unterlagen an die kantonalen Steuerbehörde
01.12.2011	<b>Meilenstein</b> Verein ist registriert Papiere sind bei der Steuerbehörde eingereicht Webseite in Bearbeitung
01.01.2012	Kontaktaufnahme mit Dr. Ratsirbazafi Marie Rolland vom Institut National de Santé Puplicue et Comminautaire
01. 02.2012	Vernetzung mit Medair, Action Madagascar und weiteren Organisationen
01.04.2012	Unterrichtsmaterial wird organisiert
01. 06.2012	<b>Meilenstein</b> Kontakte wurden geknüpft Schulungsmaterial wurde besorgt Projekt soweit vorbereitet
01.11.2012	<b>Meilenstein</b> Kontakte in Madagaskar sind informiert und bereit Ausreise ist vorbereitet von Nicole Imboden
01.12.2012	Mitarbeiter Rekrutierung Recherche vor Ort Kontaktaufnahme mit Regierungsgremien, lokalen und internationalen Hilfsorganisationen vor Ort Schulungsräume suchen
01.01.2013	Projektbeginn

## **6. Beteiligte / Akteurinnen und Akteure**

An dieser Stelle werden die Akteurinnen und Akteure identifiziert, welche in diesem Projekt eine Rolle spielen. Begonnen wird an der Basis, also bei den Menschen, die in den Genuss des Trainings kommen werden, den zukünftigen Samaritern. Als eigentliche Zielgruppe folgen die Menschen, die in den Dörfern die Samariter ausbilden werden: Die Studenten des Projekts. Zu den weiteren Akteuren gehören die lokalen Kontaktpersonen wie Dr. Ratsirbazafi Marie Rolland vom Institut National de Santé Publique et Comminautaire, Tina Laza Andriatiana oder Fiona Rabenson von Youth with a mission. Personen, die in der Schweiz für das Projekt tätig waren oder noch sind werden nicht aufgeführt.

### **6.1 Medizinisch tätige Menschen in den Dörfern Madagaskars**

Dr. Ratsirbazafi Marie Rolland vom Institut National de Santé Publique et Comminautaire informierte uns darüber, dass in den Dörfern bereits Personen als Ansprechpartner für einzelne Interventionen von verschiedenen Organisationen, wie zum Beispiel der Tuberkulose Kampagne oder der HIV Kampagne, identifiziert sind. Diese Menschen seien von der lokalen Bevölkerung akzeptiert und er schlug vor, diese zu Samaritern auszubilden. Das Vorgehen erscheint sinnvoll. Da jedoch ein Codex bei der Arbeit als Samariter besteht, muss jeweils abgeklärt werden, ob die Person bereit ist, diesem zu folgen. Die Auswahl der Personen wird den Trainern überlassen. Sie werden dazu instruiert, wird aber erst nach der Ausbildung einer ihrer Aufgaben sein.

### **6.2 Die Auszubildenden/ Studenten des Projekts**

Ziel ist es, medizinisch bereits ausgebildete Personen zu Lehrern von Samaritern aus zu bilden. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen mit den unterschiedlichsten Ausbildungen rekrutiert werden müssen, aus Mangel an gut ausgebildeten Personen. Nicht auszuschließen ist, dass sogar Personen ohne geeignete Grundausbildung, aber mit der richtigen Motivation ausgewählt werden. Denn ohne die Bereitschaft in die Dörfer zu gehen und zu unterrichten ist die Ausbildung für den Einzelnen durchaus interessant, aber für die Gemeinschaft wenig fruchtbar. Ein Schwerpunkt in der Rekrutierung wird es sein, Menschen mit der richtigen Motivation und von den verschiedenen Distrikten des Landes zu finden. Dabei ist Hilfe von lokaler Seite notwendig. Die lokalen Kontaktpersonen werden dazu beigezogen.

### **6.3 Lokale Kontaktpersonen**

Dr. Ratsirbazafi Marie Rolland vom Institut National de Santé Publique et Comminautaire, wurde uns empfohlen. Zum ersten Mal wurde er 2009 kontaktiert. Mit Begeisterung nahm er die Projektidee auf. Nach seiner Ansicht fehlt es gerade an der Basis und so sicherte er seine Unterstützung zu. Inwiefern er diese aus der staatlichen Position geben kann, unterliegt den politischen Bewegungen im Lande. Es bestanden Kontakte zur Regierungseinheit rund um

Marc Ravalomanana, diese sind durch den Regierungsumsturz nichtig geworden. Neue Kontakte werden zu einem späteren Zeitpunkt über Dr. Ratsirbazafi gesucht.

Mit Tina Laza Andriatiana besteht schon seit mehreren Jahren eine gute Zusammenarbeit. Er wird das Projekt soweit möglich mit seiner Erfahrung unterstützen. Inwiefern er direkt mitarbeitet, ist zu diesem Zeitpunkt noch unklar, da seine Verpflichtungen noch nicht feststehen. Fiona Rabenson lebt seit ca. 8 Jahren in Madagaskar und wirkte bislang bei allen Projekten im Hintergrund. Sie stellte ihre Erfahrung und ihre Kontakte zur Verfügung und ermöglichte dadurch ein Arbeiten ohne grosse Vorbereitungen. Sie und weitere Freunde, die seit Jahren in Madagaskar leben, sind mit ihrem Wissen über Kultur und den lokalen Gegebenheiten für das Gelingen des Projektes mittragend.

## **7. Ressourcen und Ressourcenbedarf**

Die Ressourcen und der Ressourcenbedarf sind zu estimieren. Da diese so stark von den lokalen Voraussetzungen abhängen, wird es schwierig, konkrete Daten zu nennen. Es wird daher eher von früheren Erfahrungen abgeleitet und erwartete Daten benannt, ohne den Anspruch zu erheben, dass diese nicht den örtlichen Schwankungen unterliegen.

### **7.1 Fachliche Ressourcen**

Die Rekrutierung hat noch nicht begonnen, daher ist nur ersichtlich, welche Zielgruppe gesucht wird. Wie im Kapitel 6.2 beschrieben, kann noch nicht gesagt werden, welche Personen zur Verfügung stehen werden. In der Schweiz wurde die Projektidee verschiedenen Personen aus dem Gesundheitswesen vorgestellt. Verschiedentlich wurde Interesse bekundet, aber noch keine konkreten Zusagen gemacht. Im Moment ist die Projektleiterin definitiv und fachlich gut ausgebildet. Sie arbeitete mehrere Jahre in Entwicklungsländern und leitete bislang kleinere Projekte. Sie hat ein Diplom in allgemeiner Krankenpflege (AKP) und den Fachausweis für Notfallpflege. Dazu einen Bachelor of arts in Social Work und mehrjährige Berufserfahrung. Ziel ist, in Madagaskar oder aus einem anderem Land eine weitere medizinische Fachperson für den Unterricht einzustellen. Bücher, elektronisch Literatur und Anschauungsmaterialien werden vor Projektbeginn organisiert.

### **7.2 Zeitliche Ressourcen**

Ziel ist das Projekt per 01.01.2013 zu starten. Ein Jahr wird für den Aufbau gerechnet. Ein weiteres Jahr zur Begleitung/Coaching und ein weiteres Jahr zur Übergabe an lokale Mitarbeiter. Die Dauer des Projektes sollte maximal 3 Jahre betragen, danach muss das Projekt ohne vor Ort stattfindende externe Unterstützung auskommen. Dieser enge Zeitplan bedingt eine enge Zusammenarbeit mit den madagassischen Mitarbeitern und der intensiven Schulung.



### **7.3 Finanzielle Ressourcen**

Zahlen können aus Erfahrungswerten von früheren Projekten übernommen werden. Genaue Zahlen sind jedoch schwierig zu nennen, da Kursschwankungen und Inflation nicht zu unterschätzen sind. Der CHF bewegte sich bislang meist um 1'800 AA herum. Ein gutes Monatsgehalt ist ca. 20'000AA also CHF 11.10. Nur aus diesem kleinen Vergleich ist ersichtlich, dass in Madagaskar nicht mit den schweizerischen Verhältnissen gerechnet werden kann. Die Miete eines Gebäudes ist in der Hauptstadt Antananarivo im Verhältnis zu den üblichen Landespreisen teuer. Westliche Artikel, elektronisches Equipment oder die Internetnutzung sind im gleichen Preissegment angesiedelt wie in der Schweiz. Lokale Bedarfsartikel sind dem gegenüber extrem billig. Da bei diesem Projekt auf ein „low budget“ Vorgehen geachtet wird, werden vor allem lokale Bedarfsartikel verwendet. Ein detailliertes Budget wird kurz vor Projektbeginn erstellt. Im Moment stehen CHF 40'000 zur Verfügung. Dieses Geld wird nicht für das ganze Projekt ausreichen, aber den Start ermöglichen. Es wird davon ausgegangen, dass weitere Spenden zur Verfügung stehen, wenn erste Daten über den Nutzen vorliegen.

### **8. Projektabschluss/ Projektauswertung**

Das Projekt soll nach einer Laufzeit von zwei Jahren erstmals ausgewertet werden. Die Auswertung wird über eine neutrale Organisation stattfinden. Diese ist noch nicht festgelegt, voraussichtlich werden Studierende einer Universität oder einer Fachhochschule angefragt. Änderungen sollen im Folgejahr umgesetzt werden, damit das Projekt per 31.01.2016 abgeschlossen bzw. den madagassischen Verantwortlichen übergeben werden kann.