

## Indholdsfortegnelse

1. Baggrund .....	1
1.1 Socioøkonomiske forhold .....	1
1.2 Politisk-administrative forhold .....	1
1.3 Strukturen i sundhedssektoren .....	2
1.4 Sundhedssektorens strategier .....	2
1.5 Sundhedssektorens tilstand i Azurduy provinsen .....	3
1.6 Sundhedsorganisationers arbejde .....	3
1.7 Danida's landstrategi for Bolivia .....	4
2. Projektberettigelse .....	4
2.1 Sundhedsproblemerne i projektområdet .....	4
2.2 Projekthistorie .....	6
2.3 Begrundelse for fortsættelse.....	7
2.4 Projektelementer i en ny fem-års periode .....	8
2.5 Målgruppe og køn .....	9
2.6 Komparative fordele .....	10
3. Projektets formål .....	11
4. Strategi .....	11
5. Resultater.....	12
6. Aktiviteter.....	13
7. Inputs .....	15
8. Antagelser.....	16
9. Risici.....	17
10. Organisering og administration.....	18
11. Økonomisk og institutionel bæredygtighed .....	19
12. Indikatorer og målopfyldelse .....	21
13. Rapportering, monitorering og evaluering .....	23
14. Økonomistyring.....	26

## 1. Baggrund

### *1.1 Socio-økonomiske forhold*

Azurduyprovinsen, beliggende i Chuquisaca departementet, Bolivia, er et af de fattigste områder i Bolivia. Det ligger isoleret og infrastrukturen i området er ringe. Vejnettet er sparsomt og i dårlig stand, og det forværres betydeligt i regntiden.

Provinsen dækker et område på 4200 km<sup>2</sup>, befolkningstallet er 25.210 (1996), og befolknings-tætheden er 6 personer/km<sup>2</sup>. Hovedparten af provinsens befolkning bor i ca. 80 landsbyer. Azurduy by er provinsens hovedstad, og har ca. 800 indbyggere. Provinsens næststørste by, Tarvita, har ca. 600 indbyggere. De senere år er jorderosion og temporær såvel som permanent migration til storbyerne blevet stigende problemer.

Flertallet af befolkningen i Azurduyprovinsen er subsistenslandbrugere af indiansk oprindelse. Sproget er overvejende quechua, selvom der tales og forstås en del spansk i alle landsbyer. Andre sprog end spansk er de seneste år blevet officielt anerkendte, men spansk er reelt eneste sprog i den politiske administration, hvilket medvirker til at udelukke bønderne.

Bønderne er politisk, økonomisk, socialt og kulturelt undertrykte og marginaliserede gennem generationer. På trods af vedtagelse af mange love med gode intentioner de senere år, har disse langsom gennemslagskraft på landet, hvor gamle autoritetsforhold består.

### *1.2 Politisk-administrative forhold*

Politisk-administrativt er provinsen opdelt i to kommuner, henholdsvis Azurduy og Tarvita. Disse er hver underopdelt i 3 cantoner. Hver kommune ledes af en Consejo Municipal (kommunalbestyrelse) med en borgmester i spidsen.

Desuden findes der i hver kommune en Comité Cívico (et folkeråd), og en Comité de Vigilancia (borgernes kontrolkomité).

Sideordnet med de nævnte instanser findes præfekturer i alle departementer og tilhørende subpræfekturer i alle provinser. Præfekturerne er regeringsudnævnte organer, der på linie med kommunalbestyrelserne, om end i mindre omfang, råder over dele af skatteprovenuet fordelt af regeringen i La Paz.

Bolivia har i 1993 indført en politik, som skal modernisere Staten gennem "Lov om Folkelig Deltagelse" og "Lov om Decentralisering". Disse kombinerer overdragelse af ansvar til landets

kommuner, fordeling af de offentlige organers kompetence, decentral tildeling af ressourcer og folkelig deltagelse. Med de nye love har regeringen forpligtet sig til at decentralisere ansvaret for sundhedsvæsenet, og det er meningen, at bønderne i langt højere grad skal have indflydelse på provinsernes udvikling. Dette skal Comité de Vigilancia være med til at sikre.

### ***1.3 Strukturen i sundhedssektoren***

Ministerio de Desarrollo Humano (Ministeriet for Menneskelig Udvikling) er formelt set øverst ansvarlige ministerium for sundhedsmæssige anliggender. Under dette hører Secretaría Nacional de Salud (SNS, de nationale sundhedsmyndigheder, også hjemmehørende i La Paz), der varetager mere specifikke sundhedsministerielle opgaver. IMCC har en gældende rammesamarbejdsaftale med SNS. Ydermere har IMCC en rammesamarbejdsaftale med Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (Udenrigsministeriet).

Især grundet de store afstande i Bolivia er meget arbejde og ansvar uddelegeret til departementalt niveau. Det betyder, at Dirección Departamental de Salud (DIDES, de regionale sundhedsmyndigheder) i Sucre i praksis er IMCC's direkte øverste samarbejdspartner. Direktøren i denne samt stedets NGO-koordinator er IMCC's referencepersoner. Det er i praksis dem, der tilser IMCC's arbejde.

Sundhedspersonalet i provinserne arbejder ud fra retningslinier fra DIDES, og personalet indberetter sundhedsdata månedligt. Den lokale hospitalsledelse arbejder meget selvstændigt, idet DIDES ikke har mulighed for hyppige supervisionsbesøg.

I lighed med den øvrige kommunale administration, er der også indenfor sundhed kommet nye strukturer, og IMCC vil fremover arbejde indenfor disse. Den lokale sundhedskomiteé (Dirección Local de Salud, DILOS) består af borgmesteren, hospitalsdirektøren og en repræsentant for Comité de Vigilancia. DILOS skal stå for projektering og budgettering indenfor sundhed.

### ***1.4 Sundhedssektorens strategier***

Sundhedssektoren i Bolivia lægger hovedvægten på mor-barn-sundhed, familieplanlægning og immunisering. I Chuquisaca departementet findes der, som led i en officiel politik, desuden mere eller mindre udviklede programmer for frivillige sundhedsarbejdere (Responsables Populares de Salud, RPS'ere, og parteros, fødselshjælpere). Undervisningen af sundhedsarbejderne koncentrerer om akutte luftvejsinfektioner, diarré og hygiejniske fødsler. Sundhedsarbejdernes funktion skal primært være præventiv.

### ***1.5 Sundhedssektorens tilstand i Azurduyprovinsen***

Provinsen har to hospitaler, der begge er meget dårligt udstyret. Hospitalet i Azurduy har to læger, en sygeplejerske, to sygehjælpere og en tandlæge ansat. På hospitalet i Tarvita arbejder provinsens tredje læge samt en sygehjælper. Herudover findes der 11 mindre sundhedsklinikker med en sygehjælper ansat på hver.

Sygehjælperne skal i forbindelse med deres arbejde samarbejde med og supervisere de frivillige sundhedsarbejdere i landsbyerne. Sundhedsarbejderne, som er bønder, er det yderste led i provinsens sundhedstilbud. Deres arbejde er af præventiv såvel som kurativ karakter.

Da IMCC påbegyndte projektet i Azurduyprovinsen var sundhedsinfrastrukturen ringe. Sundhedstilbudet i provinsen er takket være investeringer blevet forbedret gennem de sidste år. IMCC har bl.a. finansieret konstruktionen af 4 sundhedsklinikker og udstyret dem med radioer, solpaneler, inventar m.m., samt støttet renovering/konstruktion af hospitalerne i Azurduy og Tarvita.

Der er imidlertid stadig betydelige problemer. Herunder er der i provinsen ikke mulighed for selv relativt simple kirurgiske indgreb. Gravide, med behov for kejsersnit, skal således transporteres 4-6 timer til Sopachuy Hospital.

Et andet stort problem er sygehjælpernes lave faglige niveau grundet utilstrækkelig uddannelse. Dette kommer bl.a. til udtryk i uhensigtsmæssig anvendelse af medicin. Der er, som nævnt i projektets midtvejsevaluering fra 1995, behov for en stor uddannelsesmæssig indsats i provinsen. Endvidere er der fortsat behov for investeringer i sundhedsinfrastruktur. Udover det officielle sundhedstilbud benytter befolkningen sig i vid udstrækning af traditionelle helbredere og fødsels-hjælpere.

Kvinderne i provinsen har generelt ringere adgang til uddannelse, sundhedsfaciliteter og lønnet beskæftigelse. Hvad kvindeprojekter angår, er der ingen planer for Azurduyområdet, udover hvad der tilbydes via mor-barn-programmerne. UNICEF støtter disse. Der har dog tidligere eksisteret mødreklubber, "clubes de madres", startet af CARITAS. Drivkraften bag mødreklubberne var bl.a. uddeling af gratis fødevarer, men støtten til disse ophørte. I mange landsbyer eksisterer mødreklubberne derfor ikke længere, selv om hospitalet i Azurduy har forsøgt at fastholde engagementet. Mødreklubberne kan blive afsat for fremtidige kvinderelaterede aktiviteter.

### ***1.6 Sundhedsorganisationers arbejde***

IMCC har arbejdet i Azurduyprovinsen siden 1992. Der er ikke andre organisationer, som arbejder indenfor sundhed. I provinsens 3 største byer har der dog i 1997 kørt et 1-årigt ernæringsprojekt

med uddeling af et morgen- og frokostmåltid til skolebørnene tilberedt af forældrene, finansieret af PSF (boliviansk organisation med tilknytning til sundhedsmyndighederne).

I Chuquisaca departementet findes der udover to IMCC-projekter (ét i Azurduyprovinsen og ét i Belisario Boeto provinsen), et andet Danida-finansieret projekt i Tominaprovinsen, som udføres af organisationen Diálogos.

### ***1.7 Danida's landstrategi for Bolivia***

Bolivia blev i 1994 af Danmark valgt som programsamarbejdsland for dansk bilateral udviklingsbistand, og i juli 1995 åbnedes en dansk ambassade i hovedstaden La Paz. Potosí departementet har siden 1994 været prioritetsregion for det danske bistandsprogram, og i 1997 blev Chuquisaca departementet valgt som anden prioritetsregion for det dansk-bolivianske udviklingssamarbejde. Danida prioriterer følgende sektorer i Bolivia:

- Landbrug og udvikling af landområderne.
- Støtte til oprindelige folk.
- Miljø og forvaltning af naturressourcer.

Fra: "Landstrategi for BOLIVIA" Udenrigsministeriet, Danida maj 1997.

I landestrategien skrives:

"I overensstemmelse med den bolivianske regerings udviklingsstrategi vil det dansk-bolivianske bistandssamarbejde fokusere på udvikling af landområderne og forbedring af landbefolkningens levevilkår."

IMCC's arbejde vil understøtte Danidas målsætninger indenfor sektoren "Støtte til oprindelige folk" og vil medvirke til at forbedre landbefolkningens levevilkår.

## **2. Projektberettigelse**

### ***2.1 Sundhedsproblemerne i projektområdet***

Projektet finder sin berettigelse i de store sundhedsmæssige problemer i det udvalgte område.

Til illustration af sundhedsproblemerne findes kun få sundhedsdata, idet indsamlingen af disse er utilstrækkelig og kan undervurdere den reelle morbiditet og mortalitet. Med forbehold herfor oplyser sundhedspersonalet i Azurduy følgende data for 1995 - gældende for hele provinsen:

Befolkningstallet er 23.881 (1995). Antallet af børn under 5 år er ca. 3.900.

Totalantallet af luftvejsinfektioner hos børn under 5 år er 3.508.

Totalantallet af diarrétilfælde hos børn under 5 år er 2.379.

Under 5 år mortalitets rate er 30% (ca. 3 gange højere end landsgennemsnittet).

Maternel mortalitets rate er 1.800/100.000 levende fødte (ca. 3 gange højere end landsgennemsnittet for perioden 1980-91).

Prævalens af malaria er 21%.

Prævalens af Chagas (sydamerikansk sovesyge) er 38%.

Prævalens af jodmangelstruma er 11%.

Nogle grundlæggende årsager til Azurduyprovinsens sundhedsproblemer er:

**1. Manglende viden blandt landbefolkningen om basal sundhed.** Efter godt 5 år i området må IMCC konkludere, at der i Azurduyprovinsen fortsat er betydelige problemer. Størstedelen af befolkningen er fattige bønder. Flertallet er analfabeter med ringe eller slet ingen skolegang. Dette afspejler sig bl.a. i mangelfuld viden om basal sundhed.

**2. Sundhedssystemet er præget af dårlig infrastruktur og manglende ressourcer.** På grund af store afstande og dårlig infrastruktur, har befolkningen ikke megen kontakt med det officielle sundhedssystem, og sundhedstilbudet er stadig for dårligt. Der findes få sundhedsklinikker og udstyret er slidt og mangelfuldt. IMCC's tilførsel af økonomiske ressourcer har bl.a. tilført provinsen sundhedsklinikker samt nødvendigt udstyr. Der er dog fortsat behov for investeringer i sundhedssektoren.

**3. Sundhedsarbejdet er dårligt organiseret.** Det kurative og det præventive arbejde er p.t. ét samlet ansvarsområde for hospitalsdirektøren. Det har medført en underprioritering af det præventive arbejde, idet direktøren udover kurativt arbejde også har et stort administrativt arbejdsområde.

**4. Sundhedspersonalet er dårligt uddannet, og har ikke altid forståelse for landbefolkningens problemer og behov.** Uddannelsen af sygehjælpere er på kun 9 måneder. Utilstrækkeligheden i dette viser sig bl.a. ved uhensigtsmæssig brug af medikamenter. Desuden mangler sundhedspersonalet ofte viden om bøndernes sygdomsopfattelse, og selv hvis de besidder denne viden, anerkendes den ikke fra officielt hold. Ydermere finder en stor del af sundhedspersonalet det ikke attraktivt at arbejde på landet.

**5. Uddannelsen af sundhedsarbejderne er utilstrækkelig.** Ved udarbejdelse af implementeringsplanen for projektets første fase blev det eksisterende system til uddannelse af sundhedsarbejdere vurderet til at have lille effekt, være upædagogisk og uden opfølgning og

supervision. Hospitalets kurser for sundhedsarbejdere holdes ikke ude i landsbyerne, men på hospitalet, og de holdes for uhensigtsmæssigt store grupper. Metoderne er ikke udpræget pædagogiske og participatoriske. IMCC har i første projektperiode arbejdet i 18 landsbyer med henblik på at forbedre uddannelsen af sundhedsarbejdere, og med gode erfaringer. Det er IMCC's og de lokale og regionale sundhedsmyndigheders vurdering, at der behov for at udvide IMCC's arbejde til alle landsbyer.

#### **6. Bøndernes manglende organisering svækker deres indflydelse på områdets udvikling.**

Bøndernes organisering er svag og visse steder ikke fungerende. Organiseringen af bønderne er af afgørende betydning for sundhedsarbejdet på landet, idet de frivillige sundhedsarbejders motivation og frigøring fra visse fælles landsbyarbejdsopgaver, afhænger af den accept og støtte, de og deres arbejde får fra deres landsby. IMCC har derfor fundet det afgørende at støtte bøndernes organisering. Dette gøres ved nært samarbejde med bondefagforeningen og de lokale ledere på landet. Disse har vist sig som værdifulde samarbejdspartnere.

#### **7. Kvinderne inddrages i ringe grad i lokalområdets udvikling, herunder også sundhed.**

Kvindernes status er lav, og op mod 3/4 er analfabeter. Mange af kvinderne taler kun quechua og har derfor ringe mulighed for at deltage i møder med lokale myndigheder, da møderne oftest foregår på spansk. De er således stort set uden indflydelse på områdets udvikling. Der er næsten ingen initiativer i provinsen for at bedre kvindernes vilkår. Det er af afgørende betydning at nå denne gruppe for at forbedre sundhedstilstanden, fordi det er kvinderne, der har ansvaret for børnene og familien. Kvindelige sundhedsarbejdere tiltrækker generelt flere kvinder til møder og konsultationer.

**8. Mangelfuldt interinstitutionelt samarbejde i provinsen.** Generelt for provinsen kan siges, at koordinationen NGO'er imellem og med politiske organer er mangelfuld. Dette svækker mulighederne for en hensigtsmæssig udvikling af provinsen (flere aktiviteter afholdes samtidig, menneskelige ressourcer udnyttes dårligt etc.).

### ***2.2 Projekthistorie***

I 1992 bevilgede Danida 7.579.409 kr. til gennemførelse af et 5-årigt projekt med titlen "Proyecto Azurduy-IMCC para Atención Primaria de Salud". Målene og midlerne var ifølge daværende projektdokument:

"Medvirke til at forbedre befolkningens sundhedstilstand og fremme den generelle udvikling i projektområdet gennem:

1. Uddannelse af landsbysundhedsarbejdere (Responsables Populares de Salud).

2. Landsbykurser for hele befolkningen med emner inden for sundhed, landbrug, landsbyens ledelse og organisation.
3. Primary Health Care-kurser for sundhedspersonalet i provinsen.
4. Deltagelse i nationale sundhedskampanjer.
5. Donationer til forbedring af provinsens sundhedssystem.
6. Tværfagligt samarbejde med relevante organisationer i provinsen."

Projektet har i årene 1993-1997 som planlagt involveret 18 landsbyer ud af provinsens i alt ca. 80 landsbyer med henblik på senere udvidelse af aktiviteterne.

Projektet har især i planlægnings- og opstartsfasen nydt godt af IMCC's erfaringer med et næsten tilsvarende projekt i Belisario Boeto provinsen, ligeledes Chuquisaca departementet.

I december 1996 ansøgte IMCC's U-landsgruppe Danida om finansiering af endnu en 5 års periode. Danida's svar var afventende, idet man ville sætte en pre-appraisal mission til at vurdere ansøgningsforslaget set i forhold til de hidtil opnåede resultater. Missionen blev gennemført i juni 1997 under ledelse af Grete Budsted, lægefaglig konsulent fra rådgivningsfirmaet Crone & Koch på opgave fra Danida.

Pre-appraisal rapporten anbefalede projektforlængelse, og man havde en række forslag til ændringer i projektstrategi såvel som projektaktiviteter.

En fornyet ansøgning til Danida i december 1997 inkluderede næsten alle disse ændringsforslag for projektforlængelsen 1998-2003. Den 4. februar 1998 blev projektet godkendt.

### ***2.3 Begrundelse for fortsættelse***

I juni 1997 besøgte ovennævnte pre-appraisal mission projektet på foranledning af Danida. Blandt konklusionerne kan fremhæves:

"During the first 5 years, project implementation has followed the outline of the project document very closely, both with regards to activities, organization and strategy. Resultater have been produced as expected..."

"From our visit to the project and from meetings and interviewer with local authorities, RPS's and village people, we have been brought to believe that the work of IMCC is contributing significantly to improving the health status and general development in the project area."

"In general, it is recommended to extend the project for a new 5-year period. However, in order to

strengthen the possible impacts it is further recommended to make certain changes to the project objectives, strategy, activities and budget. Due to the nature of the proposed changes it will be necessary to prepare a new project document and to develop new development contracts with DIDES, the Farmers Union and the Local Authority."

IMCC ønsker på baggrund af ovenstående, samt på opfordring fra DIDES, Azurduy Hospital, Azurduy kommune og Bondefagforeningen (bilag 5), at videreføre arbejdet, idet der stadig er store udækkede sundhedsmæssige behov i projektområdet.

#### ***2.4 Projektelementer i en ny fem års periode***

Pre-appraisal rapporten anbefaler i hovedtræk, at IMCC viderefører de nuværende aktiviteter, men med en to-strengt strategi, der skal styrke det eksisterende sundhedssystem og samtidig forbedre sundheden på landsbyniveau via sundhedsfremmende aktiviteter. Projektelementerne vil være:

- Der sikres lokal forankring af de allerede opnåede resultater og input fra IMCC's første fem år i området qua etablering af en enhed for Uddannelse i Sundhed/Præventiv Medicin (Unidad de Educación en Salud/Medicina Preventiva) - herefter kaldet USPM-enhed. En, evt. to, ankerperson(er) ansat i denne skal være IMCC's direkte counterpart i det daglige arbejde.

En DIDES-udnævnt counterpart på USPM-enheden vil have ansvaret for:

- a) Kurser for sundhedsarbejdere.
  - b) Supervisering af sundhedsarbejdere.
  - c) Kurser for sundhedspersonalet.
  - d) Den lokale indsamling af sundhedsrelaterede data udbygges, således at hospitalets dataindsamling resulterer i relevante og pålidelige data.
- IMCC's rolle i USPM-enheden bliver i opstartsfasen primært at bistå med finansiel, praktisk og administrativ støtte samt bidrage med pædagogiske erfaringer opnået i den første projektperiode. IMCC's rolle forventes med tiden at blive af mere superviserende art, idet den finansielle, praktiske og administrative støtte nedtrappes løbende.
  - Det allerede eksisterende system af fødselshjælpere, som hospitalet har uddannet, inddrages som en del af USPM-enheden. Det er en fordel, at de forskellige frivillige sundhedsarbejdere samles indenfor samme ansvarsområde, da uddannelserne på mange områder ligner hinanden. Man skal i højere grad end i foregående periode søge at inddrage flere kvinder som sundhedsarbejdere, idet størstedelen af de nuværende RPS'ere er mænd. IMCC håber at kunne bruge erfaringerne fra PROSCAM-projektet i Tarabuco, hvor man ved at inddrage fødselshjælperne - som i høj grad er kvinder - i RPS-uddannelsen, har fået flere kvindelige sundhedsarbejdere. Ligeledes skal

det prøves at skabe kontakt til de traditionelle helbredere, således at de kan indgå i undervisningen. Det vil desuden være naturligt, hvis alle, både formelle og uformelle sundhedsarbejdere, kommer under samme system (USPM-enheden).

- IMCC vil støtte sundhedsfremmende aktiviteter i udvalgte landsbyer. Disse bliver primært, men ikke udelukkende, rettet mod kvinder. Som grundlag for aktiviteterne vil der blive udført behovsanalyser. Karakteren af de sundhedsfremmende aktiviteter afhænger af de udvalgte landsbyers prioriteringer, men kunne fx være forbedring af vandforsyningen, latriner, husforbedringer rettet mod forebyggelse af sydamerikansk sovesyge, mødreklubber, hønsehold, køkkenhaver og ernæringslære. Formålet med aktiviteterne er mangesidige. For det første vil konkrete sundhedsfremmende aktiviteter blive iværksat. For det andet vil man via partcipatoriske processer søge at støtte lokal kapacitetsopbygning og organiseringskraft. For det tredje vil aktiviteterne understøtte de ovenstående intentioner med integration mellem den formelle og uformelle sundhedssektor. IMCC ansætter en kvindelig, quechuatalende ressourceperson med socio-antropologisk uddannelse som bindeled for disse elementer. Et afledt resultat af dette forventes at blive styrkelse af IMCC's organisatoriske kompetence til målgruppekontakt og indsigt i lokal sygdomsforståelse.
- IMCC vil i den ny projektperiode ikke have aktiviteter i Tarvita kommune, da IMCC har valgt at koncentrere indsatsen om Azurduy kommune. Der skal derfor ske en udfasning af de hidtidige aktiviteter fra første projektperiode. Fra 1998 til 2000 vil der blive afholdt ét kursus årligt for RPS'erne i Tarvita kommune støttet af IMCC. Det drejer sig primært om økonomisk støtte, som nedtrappes over de 3 år.
- Af den samlede foreslåede investeringspulje til sundhedsinfrastruktur, afsættes minimum en tredjedel til investeringer i sundhedsinfrastruktur i Tarvita kommune, da der fortsat er udækkede behov i denne. DILOS i Tarvita skal, på samme måde som i Azurduy kommune, være ansvarlig for investeringerne.
- IMCC vil fortsat støtte organiseringen af landsbysundhedsarbejderne via facilitering af disses generalforsamlinger og bestyrelsesmøder samt seminarer for landsbyledere.
- IMCC søger at indgå samarbejde med bolivianske medicinstuderende, der kan komme på praktikophold på projektet, fx af tre måneders varighed.

### **2.5 Målgruppe og køn**

Projektets målgruppe er de fattige småbønder på landet. Befolkningen bor spredt og ofte langt fra sundhedsklinikker og hospital. IMCC har i den første projektperiode arbejdet i 18 udvalgte lands-

byer i provinsens 2 kommuner, Azurduy og Tarvita. I disse landsbyer bor ca. 7.000 mennesker. IMCC vil i den kommende projektperiode udvide arbejdet i Azurduy kommune til at omfatte alle ca. 35 landsbyer. Den nye målgruppe udgøres derfor af kommunens befolkning på ca. 11.600 mennesker. Kønsmæssigt er målgruppen ligeligt fordelt på mænd og kvinder.

IMCC ønsker fortsat at støtte forbedringen af sundhedsinfrastrukturen i Azurduyprovinsens anden kommune, Tarvita, som nævnt i pkt. 2.4. Dette udvider den potentielle målgruppe til at omfatte i alt 25.210 personer (1996).

I næste projektperiode vil IMCC søge at tilgodese kvindernes behov i højere grad end tidligere. For at kunne nå ud til og inddrage kvinderne vil IMCC ansætte en quechuatalende kvinde med socio-antropologisk erfaring. Formålet med en sådan ansættelse er bl.a.:

- at sætte projektet i stand til at etablere en tættere forbindelse med kvinderne i landsbyerne.
- at øge sundhedspersonalet og IMCC's indsigt i den traditionelle sygdomsopfattelse.
- at sætte øget fokus på kønsaspektet ved undervisningen af sygehjælpere.
- at vælge flere kvindelige sundhedsarbejdere.
- at igangsætte specifikke sundhedsaktiviteter i landsbyerne, som skal styres af kvinder (fx mødregrupper, køkkenhavegrupper ect.).
- at afholde kurser med relevante emner for kvinder.

## ***2.6 Komparative fordele***

IMCC har 12 års erfaring med PHC-projekter i Chuquisaca departementet, Bolivia, og har etableret positive samarbejdsrelationer på alle niveauer.

Med IMCC i Azurduy er det mere attraktivt for andre NGO'er/institutioner at vælge Azurduy som arbejdsområde, og IMCC's tilstedeværelse vil i sig selv trække ressourcepersoner til pga. projektets aktiviteter.

IMCC kan initiere kontakter mellem lokale myndigheder og landbefolkningen og kan medvirke til at nedbryde kommunikationsbarrierer. Om IMCC'ernes holdning til arbejdet står der i pre-appraisal rapporten fra juni 1997 blandt andet:

"During our visit to Bolivia, the pre-appraisal team obtained a very positive impression of the IMCC volunteers, who all demonstrated profound enthusiasm and dedication towards their work and the projekt. This impression was confirmed by the positive feed-back given by the health staff, the district health authorities, the mayor, the priest, representatives from the farmers union and other members of the society with whom we met".

### 3. Projektets formål

#### 3.1 Projektets overordnede formål (development objective):

En forbedret sundhedstilstand for befolkningen i projektområdet, specielt kvinder og børn under 5 år.

#### 3.2 Projektets delformål (immediate objectives):

1. Det eksisterende sundhedssystem styrket, herunder forbedret kvalitet af PHC-tjenesten.
2. Sundhedsfremmende aktiviteter i udvalgte landsbyer etableret.
3. Organiseringen af landsbyerne styrket.

### 4. Strategi

Projektet er et integreret sundhedsprojekt baseret på WHO's PHC-strategi. I den kommende projektperiode vil projektet følge en to-strengt strategi, rettet mod at

- a) styrke det eksisterende sundhedssystem
- b) forbedre sundheden på landsbyniveau via sundhedsfremmende aktiviteter.

Projektet vil anvende en partcipatorisk tilgang, fremme behovsbaseret planlægning, støtte lokal ledelse og udførsel af aktiviteter. Projektdesignet er relativt fleksibelt, hvilket tager hensyn til at specielle problemer, behov og styrker kan identificeres ved både sundhedssystemet og landsbyerne.

Projektet støtter kapacitetsopbygning på både institutionelt niveau og landsby niveau. Dette gøres ved at involvere samarbejdspartnere og landsbyer ved identifikation af problemer, opstilling af prioriteringslister, beslutningstagning og ved at give medansvar for projektimplementering, planlægning og styring.

Bæredygtigheden af projektet sikres gennem lokal forankring af de allerede opnåede resultater og input fra IMCC's første fem år i området qua etablering af en USPM-enhed. En ankerperson ansat i denne bliver IMCC's direkte counterpart i det daglige arbejde.

Endvidere sikres lokal forankring, ved overdragelse af den lokale projektstyring til det etablerede, lokale sundhedspolitiske forum, DILOS. DILOS skal planlægge og udføre investeringer i sundhedsinfrastruktur og vil, med administrativ og økonomisk støtte fra IMCC, opstille retningslinier for fordeling af investeringerne.

Gennem styrkelse af sundhedsarbejdernes organisation med bestyrelse og generalforsamling sikres fortsættelsen af det frivillige sundhedsarbejdersystem, da sundhedsarbejderne her igennem får et forum for diskussion og løsning af konkrete problemer. Forudsætningen for forankring på landsbyniveau er en velfungerende landsby, hvor befolkningen har en oplevelse af indflydelse på beslutningsprocessen indenfor alle områder, også indenfor sundhed. En øget bevidstgørelse vil tilskynde landbefolkningen til at stille krav til de lokale myndigheder og der igennem forbedre deres situation. Landsbyernes accept af sundhedsarbejdersystemet er af betydning for deres aktive deltagelse. Derfor vil projektet søge at styrke organiseringen og kapacitetsopbygningen i landsbyerne.

## 5. Resultater

- 1.1 "Unidad de Educación en Salud/Medicina Preventiva" (USPM-enhed) etableret på hospitalet i Azurduy med ansvar for al undervisning og præventive aktiviteter på sundhedsområdet.
- 1.2 PHC-tjenesten forbedret med hensyn til kvaliteten af infrastruktur, udstyr og tilgængelighed.
- 1.3 Alt sundhedspersonale i Azurduy kommune undervist i PHC (med vægt på forebyggende sundhedsarbejde og reproduktiv sundhed), rationel brug af medicin og andinsk sygdomsopfattelse. Desuden undervist i indsamling af sundhedsrelaterede data.
- 1.4 2-4 sundhedsarbejdere fra hver landsby undervist i PHC.
- 1.5 Løbende superviseringsprogram af sundhedsarbejderne, forestået af sygehjælpere og sundhedspersonalet på hospitalet, etableret.
- 1.6 Projektmonitorerings- og evalueringsprogram udviklet.
- 2.1 Behovsanalyser udført i min. 6 udvalgte landsbyer, og brugt til implementering af sundhedsfremmende aktiviteter.
- 2.2 Sundhedsfremmende aktiviteter i de udvalgte landsbyer etableret.
- 3.1 Sundhedsarbejderne organiseret med bestyrelse og årligt stormøde.
- 3.2 Kursuscenter i Azurduy (med møde/undervisningslokale, sovesal, køkken og kontor til bondefagforeningen) etableret.

## 6. Aktiviteter

### 1.1 USPM-enhed

1.1.1 Der skal etableres kontor- og depotfaciliteter til brug for USPM-enheden på Azurduy hospital. USPM-enheden kan etableres i allerede eksisterende lokaler på hospitalet, eller der kan om nødvendigt laves en tilbygning.

### 1.2 Investeringer i sundhedsinfrastruktur

1.2.1 Det etablerede lokale sundhedsforum, DILOS, som også fungerer som projektstyringskomité, skal på grundlag af behovsanalyser lave en 5-årig investeringsplan. Forinden udarbejdes der retningslinier for investeringerne i et samarbejde mellem DILOS og IMCC. Det er tanken, at investeringerne skal fordeles ligeligt over hele projektperioden. Det vil ligeledes være hensigtsmæssigt med en årlig åben pulje, sådan at nye mindre initiativer kan støttes løbende.

1.2.2 DILOS gennemfører planlagte konstruktions- og renoveringsarbejder og står for indkøb og distribution af udstyr.

### 1.3 Undervisning af sundhedspersonalet i Azurduy kommune

1.3.1 Identifikation af uddannelsesbehov og udarbejdelse af uddannelsesprogram, hvor valget af emner og undervisningsmetoder tilgodeser de sygehjælpere, der arbejder på sundhedsklinikkerne. Vigtige emner er PHC (herunder forebyggende sundhedsarbejde og reproduktiv sundhed), rationel brug af medicin og andinsk sygdomsopfattelse.

Der skal ligeledes undervises i indsamling af sundhedsdata, således at sundhedspersonalets dataindsamling resulterer i relevante og pålidelige data.

1.3.2 Der afholdes årligt mellem 3 og 5 kurser for sundhedspersonalet af to dages varighed. USPM-enheden vil stå for planlægning og gennemførelse.

### 1.4 Undervisning af 2-4 sundhedsarbejdere fra hver landsby i PHC

1.4.1 Identificering af alle eksisterende RPS'ere og fødselshjælpere. I de landsbyer, hvor antallet af frivillige sundhedsarbejdere er mindre end 3, vil der være behov for opsupplering. Det tilstræbes at have mindst én kvindelig RPS og én kvindelig fødselshjælper pr. landsby.

1.4.2 Identifikation af undervisningsbehov og udarbejdelse af uddannelsesprogram, hvori der lægges særlig vægt på mor-barn sundhed.

Planlægningen af undervisningen skal forestås af USPM-enheden i samarbejde med sundhedsklinikkerne, mens kurserne såvidt muligt søges afholdt på de enkelte sundhedsklinikker i kommunen. Kurserne bør forløbe parallelt på sundhedsklinikkerne, så arbejdet med forberedelse og gennemførelse mindskes. Med parallelt forstås, at der afholdes kursus i det samme tema på sundhedsklinikkerne indenfor et tidsrum på ca. 1 måned. Sundhedsarbejderne fordeles af hensyn til deltagerantallet således, at de kommer til at deltage i kurser på den sundhedsklinik deres landsby refererer til. Antallet af kurser pr. sundhedsarbejder vil være 2 om året.

## **1.5 Etablering af løbende superviseringsprogram af sundhedsarbejdere**

1.5.1 Udarbejdelse af superviseringsprogram.

1.5.2 Undervisning af sundhedspersonalet i supervisering, da denne skal forestås af sygehjælperne på sundhedsklinikkerne og sundhedspersonalet på hospitalet.

1.5.3 Jævnlig supervisering af sundhedsarbejderne.

## **1.6 Udarbejdelse af projektmonitorerings- og evalueringsprogram**

1.6.1 Gentagelse af KAP-studie fra 1992, som beskrevet i projektdokumentet fra første projektperiode (se også pkt. 13.4).

1.6.2 Identifikation af relevante indikatorer og udvikling af projektmonitorerings- og evalueringsprogram.

1.6.3 Årligt besøg af dansk konsulent med lægefaglig baggrund.

1.6.4 Udvidet konsulentbesøg i 2002 (se 13.7).

## **2.1 Udførelse af behovsanalyse i min. 6 udvalgte landsbyer**

2.1.1 Denne aktivitet skal primært forestås af en kvindelig quechuatalende ressourceperson med socio-antropologisk baggrund, som IMCC ansætter. Behovsanalysen skal bruges til implementering af sundhedsfremmende aktiviteter. Det første år udvælges tre landsbyer, og på baggrund af erfaringerne med disse udvides aktiviteterne til andre landsbyer.

## **2.2 Etablering af sundhedsfremmende aktiviteter i landsbyerne**

2.2.1 De udvalgte landsbyers ønsker til sundhedsfremmende aktiviteter i deres område støttes og gennemføres. Der tages specielle hensyn til kvindernes behov. Karakteren af de sundhedsfremmende aktiviteter afhænger af de udvalgte landsbyers prioriteringer, men kunne fx være forbedring af vandforsyningen, latriner, husforbedringer rettet mod forebyggelse af sydamerikansk sovesyge, mødreklubber, hønsehold, køkkenhaver og ernæringslære.

## **3.1 Organisering af sundhedsarbejderne**

3.1.1 Der afholdes jævnligt bestyrelsesmøder i sundhedsarbejdernes organisation. Blandt andet med henblik på planlægning af det årlige stormøde.

3.1.2 Én gang årligt afholdes stormøde, hvor sundhedsarbejderne mødes og diskuterer problemer og mål indbyrdes. Bestyrelsen vælges. På dette stormøde deltager sundhedsarbejderne, Bondefagforeningen, USPM-enheden, sundhedspersonalet og andre organisationer i kommunen, som i det daglige arbejde har berøring med projektet/sundhedsarbejderne.

3.1.3 For landsbyernes ledere afholdes så vidt muligt, og afhængigt af ledernes interesse for dette, én gang årligt et seminar af 1-2 dages varighed med udgangspunkt i temaerne "sundhed og sundhedsarbejde(re)" samt "ledelse og organisation af landsbyen".

### **3.2 Etablering af kursuscenter i Azurduy**

3.2.1 Afdækning af behov for og planlægning af kursuscenter.

3.2.2 Etablering af kursuscenter med møde-, undervisnings-, sove- og spisefaciliteter. Kommunen skal administrere og vedligeholde kursuscentret. I tilknytning til centret etableres kontorfaciliteter til Bondefagforeningen, som selv skal administrere disse.

#### **Andet**

##### **A. Bolivianske medicinstuderende**

A1. Kontakt til det medicinske fakultet i Sucre - Universidad Boliviano de San Francisco Xavier de Chuquisaca - med henblik på samarbejde om bolivianske medicinstuderendes ophold på projektet.

A2. Bolivianske stud.med.'er på praktikophold på projektet.

## **7. Inputs**

1.1 Midler til konstruktion/renovering af lokaler.

Midler til kontorudstyr, møbler m.m..

1.2 Midler til konstruktion og renovering, samt udstyr.

1.3 Transport og løn/diæter til undervisere udefra. Kost.

Undervisningsudstyr og undervisningsmateriale.

1.4 Transport, evt. løn/diæter til underviser udefra. Kost.

Undervisningsudstyr og undervisningsmaterialer.

1.5 Transport og løn/diæter til undervisere udefra. Kost.

1.6 Transport, arbejdsfrikøb, kost og logi til dansk lægefaglig konsulent.

2.1 Fuldtidsansat projektmedarbejder.

2.2 Midler til udvalgte aktiviteter.

3.1 Transport. Kost og logi. Undervisningsmaterialer.

Midler til studietur.

3.2 Midler til konstruktion/renovering, møbler og udstyr.

## 8. Antagelser

Betingelsen for at kunne gennemføre de forskellige projektaktiviteter er, at den lokale counterpart opfylder to vigtige arbejder:

For at projektet kan støtte etableringen af USPM-enheden på Azurduy Hospital, skal DIDES udpege og finansiere en kvalificeret medarbejder, der skal arbejde som fuldtidsansat counterpart for IMCC på USPM-enheden. DIDES skal ligeledes godkende og støtte, at der udarbejdes klare retningslinier for arbejdet på enheden.

For at projektet kan støtte etableringen af et kursuscenter i Azurduy, skal Azurduy kommune stille en passende bygning eller grund til rådighed. Afhængigt af udkommet vil projektet renovere bygningen eller bygge et nyt hus.

For at projektaktiviteterne vil føre til de forventede resultater antages det at:

- De relevante myndigheder tilvejebringer/sørger for midler og personale, således at sundhedsklinikkernes funktion opretholdes og vedligeholdes.
- TOR for USPM-enheden er klare og respekteret af overordnede.
- Sundhedspersonalet og sundhedsarbejderne er villige til at deltage på kurserne, og at sygehjælperne accepterer rollen som hovedansvarlige for opfølgning og supervisering af sundhedsarbejdernes arbejde.
- Den danske konsulent med lægefaglig baggrund og quechuatalende ressourceperson har de nødvendige kvalifikationer til at kunne hjælpe med udarbejdelsen af projektmonitorerings- og evalueringsprogram.
- Den af projektet ansatte quechuatalende ressourceperson har de tilstrækkelige kvalifikationer og forståelse for at gennemføre behovsanalyser, og støtte sundhedsfremmende aktiviteter i landsbyerne (bilag 14).
- Azurduy kommune vil sørge for midler og personale til drift og vedligeholdelse af kursuscentret.
- En velfungerende organisering vil øge bæredygtigheden af systemet med sundhedsarbejdere på landsbyplan.

For at resultater vil føre til de opstillede delformål (immediate objectives) antages det at:

- Den forbedrede sundhedsinfrastruktur kombineret med uddannelsen af sundhedspersonalet i PHC vil medføre en forbedret kvalitet af PHC-tjenesten.
- Behovsanalyser og sundhedsfremmende aktiviteter i udvalgte landsbyer vil medføre en øget kapacitetsopbygning i disse.
- Seminarer for landsbyledere, generalforsamling og bestyrelsesmøder blandt sundhedsarbejderne vil medføre en styrket landsbyorganisering.
- En styrket organisering i landsbyerne vil medføre, at bønderne opnår større indflydelse på de lokale myndigheders beslutninger og dermed deres egen udvikling.

For at delformålene vil føre til det overordnede formål antages det at:

- Den forbedrede kvalitet af PHC-tjenesten kombineret med en øget viden om sundhed og ændret adfærd vil medføre en forbedret sundhedstilstand.

## 9. Risici

Ansættelsen af en quechuatalende ressourceperson forsinkes.

Dårlig infrastruktur og dårlig kommunikation mellem byboere og bønder er med til at hindre bøndernes indflydelse på det politiske arbejde og udviklingen af området.

Stor personaleudskiftning, sundhedspersonalets og evt. andre faggruppers modvilje mod at arbejde på landet, hospitalsdirektørens personlige indstilling til sit og IMCC's arbejde.

Bondefagforeningens organisatoriske svaghed, da sundhedsarbejdernes organisation er søgt integreret i bondefagforeningens struktur. Faciliteringen af denne via etablering af kontorer i Azurduy by er derfor væsentlig og skulle ikke gerne forhindres af lokalpolitiske eller økonomiske årsager.

Hvis det i praksis viser sig umuligt at røkke ved indgroede kønsrollemønstre indenfor projektperioden, kan kvindernes involvering vanskeliggøres.

## **10. Organisering og administration**

Projektets aktiviteter styres i et samarbejde mellem bolivianske og danske partnere, som beskrevet efterfølgende.

### **10.1 Hospitalet/USPM-enheden**

USPM-enheden har i samarbejde med IMCC ansvaret for implementering af projektets PHC-aktiviteter. USPM-enheden er med til at udarbejde IMCC's halvårslige afrapporteringer.

Hospitalsdirektøren har et overordnet ansvar for USPM-enheden. USPM-enheden skal forestå den daglige planlægning og koordinering af den præventive sundhedsindsats i området, herunder væsentlige dele af IMCC's aktiviteter. IMCC vil medbemande USPM-enheden som beskrevet i pkt.10.6.

### **10.2 DIDES**

De regionale sundhedsmyndigheder, DIDES, har ligeledes et overordnet ansvar for projektets PHC-aktiviteter. DIDES kan supervisere IMCC's aktiviteter, når det ønskes. Normalt vil dette ske via halvårslige afrapporteringer fra IMCC's/USPM-enhedens side, der fremlægges til åben diskussion. DIDES modtager månedlige, bagudrettede redegørelser for IMCC'ernes faktiske tidsanvendelse.

### **10.3 DILOS**

Den lokale sundhedskomité, DILOS, består af borgmesteren, hospitalsdirektøren og en repræsentant fra Comité de Vigilancia. DILOS har den officielle, overordnede kompetence i Azurduy kommune i sundhedsspørgsmål. DILOS er lokal projektstyringskomité. Rammerne for komiteens kompetance skal indgå i samarbejdsaftalerne. DILOS planlægger og udfører investeringer i sundhedsinfrastruktur ud fra retningslinier udarbejdet i samarbejde mellem DILOS og IMCC. DILOS afløser den første projektperiodes tekniske råd (Consejo Técnico), der ligeledes fungerede som projektstyringskomité.

### **10.4 Azurduy kommune**

Azurduy kommune er medansvarlig for etablering af et kursuscenter og har det senere ansvar for driften og vedligeholdelse. Ved overdragelser af investeringer eller andet fra IMCC-projektet gælder det, at forpligtelserne til vedligehold og reparation alene påhviler Azurduy kommune. Kommunen indgår i arbejdet om de sundhedsfremmende aktiviteter i udvalgte landsbyer.

### **10.5 Bondefagforeningen**

Bondefagforeningen er ansvarlig for organiseringen af landsbyerne og disses sundhedsarbejdere. Bondefagforeningen er bøndernes permanente og generelt accepterede organisation i samtlige landsbyer i Azurduy kommune. Alle bønder er medlemmer af bondefagforeningen.

## 10.6 IMCC

IMCC's overordnede rolle er at tilse, at projektdokument og samarbejdsaftaler følges. Endvidere tilser IMCC, at de i fællesskab med DILOS opstillede retningslinier for investeringer følges.

IMCC vil i videst mulig omfang medbemande USPM-enheden og indgå i dennes arbejde. Her tænkes på praktisk, administrativ og finansiel støtte. IMCC'erne vil ikke indgå som egentlig fast arbejdskraft på hospitalet, idet 1) IMCC'erne ikke kan afsætte tid til dette på grund af andre forpligtelser og 2) IMCC ønsker ikke at erstatte eller forsinke nødvendig opnormering af hospitalets personale.

IMCC har i samarbejde med bondefagforeningen, sundhedsmyndighederne og Azurduy kommune ansvaret for landsbysundhedsaktiviteter i udvalgte landsbyer via ansættelse af en quechuatalende ressourceperson.

IMCC/USPM-enheden er udover fremlæggelse af halvårslige afrapporteringer til DIDES, også forpligtet til tilsvarende fremlæggelse lokalt i Azurduy ved åbne møder.

## 10.7 IMCC i Danmark

De udsendte IMCC'ere står til ansvar for IMCC's U-landsgruppe i Danmark, der er øverste danske projektmyndighed. IMCC's U-landsgruppe, ca. 20 personer, består af hjemvendte og kommende udsendte IMCC'ere. IMCC's U-landsgruppe er direkte ansvarlig over for Danida.

Under U-landsgruppen står Azurduygruppen, hvis opgave det er gennem korrespondance med de udsendte (ca. 1 gang månedligt) at vejlede og supervisere de udsendte i deres arbejde, og sørge for at projektets linie og politik i forhold til projektets mål fastholdes. Azurduygruppen udgøres af tidligere udsendte på Azurduyprojektet og kommende udsendte.

## 11. Økonomisk og institutionel bæredygtighed

Integrationen af projektets aktiviteter i de lokale strukturer er uhyre vigtig for at sikre en bæredygtig udvikling. Ligeledes er det af betydning, at de lokale myndigheder med relativt få midler kan overtage størstedelen af projektaktiviteterne.

**Økonomisk bæredygtighed.** DIDES har mundtligt accepteret at finansiere en stilling til USPM-enheden (jvf. pre-appraisal missionens besøg i juni 1997, samt pre-appraisal rapport), således at denne fra start kan blive uafhængig af IMCC-støtte. I forbindelse med de forestående forhandlinger om en ny samarbejdsaftale, bliver DIDES's løfte om stillingsfinansiering afgørende for dette punkt.

IMCC vil ikke og har ikke mulighed for at finansiere lønninger til sundhedspersonale af hensyn til sundhedsaktiviteternes fremtidige videreførelse.

Med de nye love om decentralisering og folkelig deltagelse er ansvaret for og midlerne til sundhed delvis overgået til de lokale myndigheder. Derfor bliver det primært Azurduy kommune, som fremover finansielt skal overtage ansvaret for IMCC's aktiviteter. Azurduy kommune er medansvarlig for etablering af et kursuscenter og har det senere ansvar for driften og vedligeholdelse.

Ved overdragelse af investeringer eller andet fra IMCC-projektet gælder det, at forpligtelserne til vedligehold og reparation alene påhviler Azurduy kommune. Udgifterne til kursusaktiviteter og vedligeholdelse af bygninger og inventar er ikke uoverkommeligt store og indgår til dels allerede i kommunens budget. IMCC kan derfor gradvist overdrage de økonomiske forpligtelser til kommunen. De sundhedsfremmende aktiviteter i de udvalgte landsbyer vil ikke være omkostningstunge for kommunen.

**Institutionel bæredygtighed.** Ved etablering af USPM-enheden sikres dels fastholdelse af de allerede opnåede resultater og input fra IMCC's første fem år i området, dels en lokal forankring hvor ved USPM-enhedens aktiviteter bevares, når IMCC trækker sig ud.

Gennem styrkelse af sundhedsarbejdernes organisation med bestyrelse og generalforsamling sikres fortsættelsen af det frivillige sundhedsarbejdersystem, da sundhedsarbejderne her igennem får et forum for diskussion og løsning af konkrete problemer. IMCC vil fortsat overdrage ansvaret for planlægningen af generalforsamling og bestyrelsesmøder til sundhedsarbejderne. Finansieringen skal søges hos kommunen.

Endvidere sikres lokal forankring, ved at den lokale projektstyring overdrages til det etablerede, lokale sundhedspolitiske forum, DILOS.

På landsbyniveau sikres sundhedsarbejdet ved, at landsbyen føler sig ansvarlig over for sine sundhedsarbejdere ved, a) at landsbyen selv vælger sine sundhedsarbejdere, b) at der udarbejdes forpligtende aftaler mellem sundhedsarbejdere og landsby, hvori linierne for sundhedsarbejderne i landsbyen og indbyrdes forpligtelser fastlægges, og c) at landsbyen bidrager til en medicintaske eller lignende med et beløb således, at denne ikke er sundhedsarbejdernes personlige ejendom, men tilhører landsbyen.

Forudsætningen for forankring på landsbyniveau er en velfungerende landsby, hvor befolkningen har en oplevelse af indflydelse på beslutningsprocessen indenfor alle områder, også indenfor sundhed. Ved at støtte bøndernes organisering via dirigentseminarer, generalforsamlinger og bestyrelsesmøder for sundhedsarbejderne, etablering af et kursuscenter samt udvalgte kvindeaktiviteter, ønsker IMCC at være med til at øge bøndernes viden om egne rettigheder og til at

styrke en større bevidstgørelse generelt. Det vil øge den fremtidige drivkraft for udvikling af enhver art i området.

**Andet.** Bolivianske medicinstuderende på "praktikophold" på projektet støtter det fremtidige bolivianske sundhedspersonales forståelse for sundhedsproblemerne på landet. IMCC håber på denne måde at kunne støtte opbygningen af en lokal ressourcebase.

En evalueringsrapport konkluderer om den lokale overtagelse af PHC aktiviteter: "Projektet er fuldstændig integreret i den bolivianske sundhedspolitik. Af denne grund burde det være let for det bolivianske sundhedspersonale at overtage ansvaret for de aktiviteter, der nu udføres af de udsendte danskere" (Midtvejsevaluering af projektet Azurduy-IMCC, 1995, side 10).

## 12. Indikatorer og målopfyldelse

Pre-appraisal rapporten fra 1997 påpeger, at de hidtil udarbejdede halvårsrapporter har givet et godt overblik over projektaktiviteterne, men konkluderer også, at der har manglet indikatorer, som kunne give et overblik over IMCC-projektets effekt i området. Rapporten anbefaler således, at IMCC udvikler et projektmonitorerings- og evalueringssystem. Udvikling af systemet skal ske i tæt samarbejde med den danske lægefaglige konsulent ligesom den quechuatalende ressourceperson skal deltage i udarbejdelsen. I arbejdet vil indgå nærmere identifikation og præcisering af indikatorer, således at disse specificeres med hensyn til målgruppe, kvantitet, kvalitet, tid og sted. Arbejdet med et projektmonitorerings- og evalueringssystem vil blive en af de første aktiviteter i den ny projektperiode. Den danske lægefaglige konsulent skal årligt udarbejde en mindre rapport, hvori der vil indgå en vurdering af de enkelte indikatorer og resultater. Herunder følger mere generelle retningslinier for monitorering af projektet.

Det eksisterende sundhedssystem benytter sig allerede af et omfattende registreringssystem fra DIDES. Mange registreringsskemaer bliver dog mangelfuldt eller forkert udfyldt. Der til kommer, at en hyppig ændring af rapporteringsskemaerne gør det svært at følge udviklingen fra år til år. Forudsætningen, for at man kan måle på indikatorerne, er en forbedring af brugen af registreringssystemerne. Dette vil bl.a. ske via personalekurser i samarbejde med DIDES.

### **For delformål 1:**

Øget antal patientkontakter hos sundhedsarbejdere, sundhedsklinikker og hospital.

Antallet af kvindelige sundhedsarbejdere øget, således at der mindst er én RPS og én fødselshjælper pr. landsby.

Reduceret spædbarns-, børne- og mødredødelighed.

Reduceret morbiditet som følge af luftvejsinfektioner og diarré hos børn under 5 år.

Øget viden i landbefolkningen om almindeligt forekommende sygdomme, sygdomskontrol og forebyggelse, fx diarré, luftvejsinfektioner, tuberkulose, jodmangelstruma, malaria, og sydamerikansk sovesyge (trypanosomiasis) og sygdomme, som kan forebygges ved vaccination.

**For delformål 2:**

Øget antal ansøgninger fra projektlandsbyerne rettet mod det kommunale styre i forbindelse med den årlige budget- og handlingsplanlægning.

Øget antal huse forbedret, m.h.p. forebyggelse af sydamerikansk sovesyge.

**For delformål 3:**

Øget antal ansøgninger fra projektlandsbyerne rettet mod det kommunale styre i forbindelse med den årlige budget- og handlingsplanlægning.

Øget repræsentation af bønderne og deres valgte ledere ved møder vedrørende kommunens udvikling (budgetforhandlinger, nye projekter og lign.).

**For resultater<sup>1</sup>:**

1.1 En rapport bekræfter senest i 1999, at USPM-enheden er etableret.

1.2 En rapport bekræfter årligt via inspektion, at en investeringsplan for forbedring af sundhedsinfrastrukturen er blevet vedtaget, og at arbejdet skrider fremad som planlagt.

1.3 En rapport bekræfter årligt via gennemgang af undervisningsplan for sundhedspersonalet samt interviewer, at et uddannelsesprogram er blevet udarbejdet og implementeret i overensstemmelse hermed.

1.4 En rapport bekræfter årligt via gennemgang af undervisningsplan for frivillige sundhedsarbejdere samt interviewer, at et uddannelsesprogram er blevet udarbejdet og implementeret i overensstemmelse hermed.

1.5 En rapport bekræfter årligt via revision af superviseringsplan, interviewer og registreringsskemaer, at et superviseringsprogram er blevet udarbejdet, at sundhedspersonalet er blevet undervist i supervisering, og at superviseringen sker regelmæssigt og tilfredsstillende.

1.6 En rapport bekræfter senest i 1999, at relevante indikatorer er blevet identificeret. Årligt bekræfter en rapport, at monitorering foregår som planlagt, og at projektmonitoreringssystemet bidrager med relevante og pålidelige data.

2.1 En rapport bekræfter senest i 1999 og herefter årligt via gennemgang af behovsanalyser fra udvalgte landsbyer, at disse har identificeret støtteberettigede sundhedsfremmende aktiviteter.

2.2 En rapport bekræfter senest i 2000 og herefter årligt via besøg, inspektion og interviewer, at aktiviteterne er blevet implementeret i overensstemmelse med udkommet af behovsanalyserne.

3.1 En rapport bekræfter årligt via skriftligt udarbejdede dokumenter/mødereferater og interviewer, at sundhedsarbejderne afholder en årlig generalforsamling, at bestyrelsen fungerer og mødes regelmæssigt.

3.2 Rapporter bekræfter i 2000 samt 2002 via inspektion og interviewer, at kursuscentret er blevet bygget, bruges og vedligeholdes.

## **13. Rapportering, monitorering og evaluering**

### **13.1 IMCC'ernes tidsforbrug**

De udsendte IMCC'ere afleverer månedlige, bagudrettede redegørelser for deres tidsforbrug til DIDES.

### **13.2 Fagbreve**

De udsendte IMCC'ere sender hver eller hver anden måned skriftlige redegørelser til IMCC i Danmark ("fagbreve"), hvor implementeringen af projektets aktiviteter beskrives og diskuteres. IMCC's Azurduygruppe i Danmark holder fagbrevmøder, hvor der gives løbende feedback på arbejdet i Bolivia.

### **13.3 Halvårsrapporter**

IMCC udarbejder, i samarbejde med USPM-enheden, halvårsrapporter på spansk, der fremlægges regionalt såvel som lokalt for sundhedsmyndigheder og andre relevante parter. Rapporterne evaluerer fremskridt i forhold til opsatte mål. Ved de halvårlige fremlæggelser lægges op til åbne diskussioner og forslag til ændringer. De udsendte IMCC'ere vil endvidere oversætte/resumere halvårsrapporterne til Danida's orientering.

---

<sup>1</sup> De nedenstående rapporter, der refereres til, udarbejdes af den danske lægefaglige konsulent, jævnfør pkt. 13.6



### **13.4 KAP-studie**

I starten af anden projektperiode gentages et KAP-studie fra 1992. Hvis det skønnes nødvendigt, kan dette udvides, uden at der dog må ændres på det oprindelige KAP-studies metode og indhold. Dette eller et tilsvarende uddybende samme, kan indgå som led i en afsluttende rapport i slutningen af anden projektperiode.

### **13.5 Projektkonsulent**

IMCC vil i lighed med den første projektperiode søge at opnå aftale med en boliviansk projektkonsulent. Denne forventes som primære arbejdsopgave at supervisere sundhedsarbejdernes generalforsamling og opbygningen af sundhedsarbejdernes organisation. Eventuelt kan den quechuatalende ressourceperson udfylde denne rolle.

### **13.6 Årlige supervisionsbesøg**

Et årligt supervisionsbesøg af en dansk ekstern lægefaglig konsulent forventes i væsentlig grad at kunne bidrage til at styrke monitoreringen af projektet, give bidrag til nytænkning, fastlægge nye og mere hensigtsmæssige strategier samt give almindelig feedback. Det årlige besøg vil munde ud i en mindre rapport til internt brug. IMCC vil på denne baggrund indgå samarbejde med en dansk læge i socialmedicin, tropemedicin eller epidemiologi, der én gang årligt vil supervisere projektet. Dette samarbejde kan bidrage til undervisning af danske medicinstuderende i public health. Derudover vil det kunne styrke forholdet mellem bolivianske organisationer i området og danske institutioner.

### **13.7 Evaluering**

Det er tanken, at den danske lægefaglige skal bidrage til en løbende evaluering af projektet i forbindelse med de årlige besøg, jævnfør pkt. 12 og 13.6. IMCC planlægger, at der ved det årlige besøg i 2002 skal udarbejdes en udvidet rapport ved den danske konsulent og personer tilknyttet det folkesundhedsvidenskabelige forskermiljø. Denne rapport kan tage udgangspunkt i den viden og erfaring, som er opsamlet gennem de årlige besøg. Hensigten er at opsamle de væsentligste erfaringer fra arbejdet med henblik på enten en yderligere projektførelse eller opstart af et andet projekt i Bolivia, hvor erfaringerne fra Azurduy vil kunne bruges.

## **14. Økonomistyring**

### **14.1 Budget**

(se Excel-udskrift)

## 14.2 Budgetudarbejdelse/revidering

Budget- og finansierungsplanen revideres mindst én gang årligt i forbindelse med de årlige, lokale budgetforhandlinger i Azurduy (anno ultimo).

Den lokale sundhedskomiteé, DILOS, forventes at være planlægger af investeringer i sundhedsinfrastruktur og derfor også at stille budgetforslag. DILOS forventes i 1998 at lægge en plan for de følgende fem års investeringer. Denne plan revideres én gang årligt. IMCC tilser, at pengene fordeles nogenlunde ligeligt over projektperioden, at der foreligger regnskab med bilagsdokumentation, overdragelsesdokumenter samt at investeringsplanen i øvrigt følges.

IMCC-kassereren i Bolivia vil i samarbejde med medudsente og kassereren i Danmark udarbejde budgetforslag/budgetrevidering for øvrige konti.

Der tages for den samlede budgetrevidering udgangspunkt i en analyse af hidtidigt forbrug og forventede aktiviteter i det følgende år under hensyntagen til det samlede femårsbudget.

Kontoplanen ses som bilag 17.

I forbindelse med budgetopfølgning og -revidering, kan IMCC omfordele penge *inden* for hovedkonti (inden for 1000-gruppen, inden for 2000-gruppen, inden for 3000-gruppen og inden for 4000-gruppen). Ved evt. ønske om omfordeling af penge *mellem* hovedkonti, ansøges Danida herom.

## 14.3 IMCC-kasserere

Der vil være én kasserer for projektet i Danmark og én kasserer for projektet i Bolivia. Deres arbejdsopgaver er at:

- bogføre og afstemme kasserapporter på månedsbasis ud fra bilagsdokumentation.
- lave løbende budgetopfølgning.
- udarbejde/revidere budget for det kommende år.

Specielt for kassereren i Bolivia:

- Hver måned sendes en kopi af kasserapporten til kassereren i Danmark sammen med en opdateret oversigt over forbruget på alle konti.
- Der udarbejdes detaljeret aktivitetsbudgettering som foreslået i pre-appraisal rapporten fra 1997 og følges op på denne mindst én gang månedligt. De konti, der skal laves detaljeret aktivitetsbudgettering på, er alle konti, der har at gøre med "Landaktiviteter" (jf. kontoplanens hovedgruppe 3000) og "Konstruktion af USPM-enhed" (jf. kontoplanens konto 1100).

Der anvendes EDB-bogføring både i Danmark og i Bolivia.

#### **14.4 Årsregnskab og revision**

Regnskabsåret følger kalenderåret med følgende undtagelser:

Første regnskabsår (1998) er på 9 måneder, idet 2. projektperiode starter den 1. april 1998.

Sidste regnskabsår (2002-03) er på 15 måneder, idet 2. projektperiode slutter den 31. marts 2003.

Ved regnskabsperiodernes slutning samles regnskabet fra kassereren i Danmark og kassereren i Bolivia, og det samlede regnskab revideres af en anerkendt revisor i Danmark. Efter godkendelse i IMCC's U-landsgruppe, forelægges regnskabet dernæst Danida til godkendelse.