

1. Baggrund.....	2
1.1 Kontekst	2
1.1.1 Socio-økonomiske forhold	2
1.1.2 Politisk-administrative forhold	3
1.1.3 Strukturen i sundhedssektoren	4
1.1.4 Sundhedssektorens strategier	5
1.1.5 Sundhedssektorens tilstand i Azurduyprovinsen	5
1.2 Programsammenhæng og relationer til andre projekter	6
2. Projektanalyse	6
2.1 Problemanalyse	6
2.1.1 Sundhedsproblemerne i projektområdet	6
2.1.2 Projekthistorie	8
2.1.3 Projektberettigelse.....	9
2.2 Strategianalyse	9
2.2.1 Projektscenarie	9
2.2.2 Overordnet projektstrategi	10
2.2.3 Målgruppen	11
3. Projektdesign.....	12
3.1 Udviklingsmål og indikatorer	12
3.2 Projekt mål og indikatorer.....	12
3.2.1 Projekt mål 1 og indikatorer.....	12
3.2.2 Projekt mål 2 og indikatorer.....	13
3.3 Resultater og indsatsområder, inkl. indikatorer	13
3.3.1 Resultater og indikatorer for projekt mål 1.....	13
3.3.2 Resultater og indikatorer for projekt mål 2.....	14
3.4 Hovedaktiviteter.....	15
3.4.2 Andre aktiviteter	17
3.5 Ressourcer.....	17
3.5.1 Ressourcer relateret til de enkelte hovedaktiviteter	17
3.6 Eksterne faktorer	18
3.7 Forudsætninger og risici	19
3.7.1 Forudsætninger.	19
3.7.2 Risici.	19
3.8 Bæredygtighed og exit-strategi	20
3.8.1 Bæredygtighed	20
3.8.2 Exit-strategi og udfasning	23
4. Implementering	24
4.1 Implementeringsstrategi.....	24
4.2 Implementeringsplan.....	26
4.3 Projektorganisation	30
4.3.1. ESMP-styregruppen og ESMP-enheden.....	31
4.3.2 COMUSA	31
4.3.3 SEDES	31
4.3.4 Kvindelig boliviansk sociolog.	31
4.3.5 OCISMA	31
4.3.6 Bondefagforeningen.....	31
4.3.7 IMCC	31
4.3.8 IMCC i Danmark	31

4.4 Monitorering og rapportering.....	32
4.4.1 Fagbreve.....	32
4.4.2 Halvårsrapporter.....	32
4.4.3 Statusrapporter	32
4.4.4 KAP-studie.....	32
4.4.5 Projektkonsulenter	33
4.4.6 Afsluttende rapport for IMCCs effekt i Azurduy-provinsen	33
4.5 Budget og finansiering.....	34
Total	34
4.6 Regnskaber og revision.....	35
4.6.1 Budgetudarbejdelse og retningslinier for regnskaber	35
4.6.2 IMCC-kasserere	35
4.6.3 Årsregnskab og revision.....	35
4.7 Projektgennemgange og evaluering.....	35
5. Revision af projektdokumentet	35
Forkortelser	42
Bilag.....	43

1. Baggrund

1.1 Kontekst

1.1.1 Socio-økonomiske forhold

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

Provinsen dækker et område på 4.185 km² og er opdelt i to sektioner: Kommunerne Azurduy og Tarvita. De to kommuner har et samlet indbyggertal på 26.515 (folketælling 2001), hvoraf 11.349 bor i Azurduy og 15.166 i Tarvita. Befolkningstætheden er 6 indbyggere per km². Cirka 17,5% af befolkningen er under 5 år (se bilag 6)

Mere end 90 % (folketælling 2001) af befolkningen i provinsen bor på landet og er subsistenslandbrugere af indiansk oprindelse. Der er mangel på dyrkbare jordområder, og de fleste jordlodder er små og giver dårligt udbytte, hvilket medfører, at produktionen kun strækker til selvforsyning. Den dårlige socio-økonomiske situation resulterer i en periodevis høj arbejdsrelateret migration. En stor del af den mandlige befolkning migrerer, når subsistenslandbruget ikke forslår, særligt i månederne juli til september, til områder som Santa Cruz, Cochabamba eller Argentina.

Sproget er overvejende quechua, selvom der tales og forstås en del spansk i alle landsbyer. Indianske sprog er de seneste år blevet officielt anerkendte, men spansk er reelt eneste sprog i den politiske og økonomiske administration. Der er dog tiltag til at forbedre dette.

Uddannelsesniveaulet er lavt mellem 3 og 5 års skolegang. Især kvinderne har dårlig adgang til uddannelse, sundhedsfaciliteter og lønnet beskæftigelse. Mange kvinder har aldrig gået i skole.

Azurduy kommune, der har en udstrækning på 1.777 km², er den mest isolerede og vejmæssigt dårligst udbyggede af de 2 kommuner i provinsen. Ud af 37 landsbyer er der helårlig vejforbindelse

til ca. 8 landsbyer. Flere veje er dog under opførsel bl.a. som følge af, at Danidas Sektorprogram er kommet til kommunen.

Azurduy kommune har med en analfabetisme på 65,4%, Chuquisacas højeste rate. For kvinder er analfabetismen 73,9%. Kommunen har ifølge det bolivianske fattigdomsindex, en fattigdomsprocent på 95,86%, hvilket er den højeste i hele Chuquisaca. Dette skyldes bl.a. bøndernes meget ringe muligheder for at producere og afsætte landbrugsvarer som følge af den dårlige infrastruktur og utilstrækkelige vejnet.

1.1.2 Politisk-administrative forhold

Politisk og administrativt er provinsen opdelt i to kommuner: Azurduy og Tarvita. Disse er hver underopdelt i tre cantoner. Hver canton er derefter opdelt i landsbyer. I alt er der 80 landsbyer (comunidades) i provinsen. Azurduy by, med ca. 1000 indbyggere er provinshovedstad, og provinsens næstestørste by, Tarvita, med ca. 600 indbyggere er hovedby i kommunen af samme navn.

Hver kommune ledes af en lovgivende forsamling, Consejo Municipal (Byråd), der har en borgmester i spidsen, som den udøvende magt. Borgmesteren råder over en række professionelle teknikere og medarbejdere.

Desuden findes der i hver kommune en Comité Cívico (et folkeråd) og en Comité de Vigilancia (Borgernes kontrolkomité). Sidstnævnte har, ifølge "Loven om Folkelig Deltagelse", til opgave at kontrollere de kommunale myndigheders korrekte forvaltning af økonomiske midler og planlægningen af aktiviteter, der har til hensigt direkte at tilgodese lokalbefolkningen.

Sideordnet med de nævnte instanser findes præfekturer i alle Bolivias ni departementer og tilhørende subpræfekturer i alle provinser. Subpræfekturatet i Azurduy provinsen har sæde i Azurduy by. Præfekturerne og subpræfekturerne er regeringsudnævnte organer, der på linie med byrådene, om end i mindre omfang, råder over dele af skatteprovenuet fordelt af regeringen i La Paz.

Endelig er der landsbyernes organisering. Hver landsby vælger for to år eller mere en dirigent (leder), der repræsenterer landsbyen i Centraliet (Bondefagforening). Landsbylederen udgør bindeledet mellem landsbyerne og kommunens øvrige myndigheder fx. byrådet og borgmesteren. Centraliet er repræsenteret nationalt, departementalt, provinsielt, i hver canton og landsby.

Inden for hver provins er der således tre politiske niveauer: statslig, kommunal og landsbyniveau.

Imellem disse tre niveauer er der en meget ulige fordeling af de offentlige ressourcer, idet de fleste midler ender i provinshovedstaden. Dette skyldes til dels, at landbefolkningen ikke formår at yde indflydelse på fordelingsprocessen bl.a. på grund af dårlig organisering og manglende viden om egne rettigheder. Lovgivningsmæssigt er der de senere år skabt mulighed for en mere ligelig fordeling af ressourcerne via nedenfor omtalte love.

Bolivia har i 1994 påbegyndt en politik, der skal modernisere og demokratisere staten gennem "Lov om Folkelig Deltagelse" og "Lov om Decentralisering". Lovene kombinerer overdragelsen af ansvar til landets kommuner, fordeling af de offentlige instansers kompetence, decentral tildeling af ressourcer og folkelig deltagelse i beslutningsprocesserne. Herunder har regeringen forpligtet sig til

at decentralisere ansvaret for sundhedsvæsenet, og det er meningen, at bønderne i højere grad skal have indflydelse på provinsernes udvikling. Dette skal Comité de Vigilancia være med til at sikre. Desuden blev der i år 2000 vedtaget en ny lov, "Ley de Dialogo 2000", der har til hensigt at mindske fattigdommen i Bolivia gennem fordelingen af de midler, Bolivias internationale gældsanering, har frigivet (se bilag 7).

1.1.3 Strukturen i sundhedssektoren

Ministerio de Salud y Prevención Social i La Paz er formelt set øverste ansvarlige ministerium for sundhedsmæssige anliggender. Meget af arbejdet er delegeret ud på departementalt plan til SEDES (de departementale sundhedsmyndigheder). Hvert departement er dernæst inddelt i sundhedsdistrikter, der ofte er sammenfaldende med de politiske provinser. For hvert distrikt er der også en sundhedsmyndighed. Endelig har hver kommune sin sundhedsmyndighed. Cheflægen for Tarvita hospital skal fx. koordinere arbejdet med distriktets cheflæge i Azurduy. Sundhedspersonalet i provinserne arbejder ud fra retningslinier fra SEDES og skal indberette sundhedsdata månedligt. (Se bilag 8-10)

Endelig eksisterer den kommunale sundhedskomiteé, COMUSA (Comité Municipal de Salud), der består af borgmesteren, hospitalsdirektøren og en repræsentant for Comité de Vigilancia. COMUSA skal stå for projektering og budgettering indenfor sundhed. Ordningen er et led i den gradvist større decentralisering inden for bl.a. sundhedsområdet.

Hospitalet i Azurduy har seks sundhedsklinikker fordelt over tre cantoner, hver med en sygehjælper ansat, som lokalt administrerer kommunens 95 landsbysundhedsarbejdere. I Tarvita er der otte sundhedsklinikker, med 66 tilhørende landsbysundhedsarbejdere, underlagt hospitalet i Tarvita by. Alle 14 sundhedsklinikker og de to hospitaler er underlagt distriktsledelsen i Azurduy.

Sygehjælperne skal i forbindelse med deres arbejde supervisere og samarbejde med de frivillige sundhedsarbejdere i landsbyerne. Landsbysundhedsarbejderne er det yderste led i provinsens sundhedstilbud og udgøres af frivillige bønder. Deres arbejde er dels kurativt og dels præventivt i form af sundhedsoplysning på landsbymøder.

Landsbysundhedsarbejderne er organiseret i foreningen OCISMA, der er en legaliseret forening med vedtægter og bestyrelse. Denne varetager landsbysundhedsarbejdernes repræsentation i forhold til de lokale myndigheder.

IMCC har allerede en gældende samarbejdsaftale (convenio de aplicación de políticas nacionales de Salud, se bilag 2) underskrevet af det bolivianske sundhedsministerium og en anden (Acuerdo Marco, se bilag 1) med det bolivianske udenrigsministerium, der tillader os at arbejde i Bolivia. SEDES i Sucre er i praksis IMCCs øverste samarbejdspartner (se bilag 3). Direktøren for SEDES i Sucre er dermed IMCCs referenceperson, og den som tilser IMCCs arbejde. Derudover arbejder IMCC med både distriktets og kommunens sundhedsmyndigheder (se bilag 4). Kommunikation og rapportering til sundhedsmyndighederne sker bl.a. ved halvårslige fremlæggelser af rapporter for de lokale myndigheder og SEDES med efterfølgende diskussion. Disse halvårslige rapporter sendes også til sundhedsministeriet i La Paz. Desuden forelægges resultaterne, i fællesskab med det andet IMCC-projekt i San Lucas, for Den Danske Ambassade.

1.1.4 Sundhedssektorens strategier

Sundhedssektoren i Bolivia lægger vægt på mor-barn sundhed, familieplanlægning og immunisering. Alle bolivianere har ret til et minimum af sundhedstilbud, som det står beskrevet i det nationale sygesikringsprogram (Seguro Basico de Salud, se bilag 11).

I Chuquisaca departementet støtter SEDES desuden det nationale program (1982) for frivillige landsbysundhedsarbejdere (tidligere kaldet sundhedspromotorer eller RPS'ere), hvor indsatsen koncentrerer omkring undervisning af landsbysundhedsarbejderne i luftvejsinfektioner, diarré og fødsler. Landsbysundhedsarbejdernes funktion skal primært være præventiv.

Siden 1996 har Bolivia tilstræbt at indføre et WHO-lanceret program, AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes Infantiles), der som hovedformål har til hensigt at nedbringe mor og barn dødeligheden. Programmet er en overbygning og videreførelse af det eksisterende nationale program fra 1982.

”Loven om Folkelig Deltagelse” og ”Loven om Decentralisering” fra 1994 betyder, at ansvaret for sundhedsvæsen og den økonomiske forvaltning af ressourcerne kanaliseres ud til kommunerne. Det er meningen, at bønderne i højere grad skal have indflydelse på kommunens udvikling. Dette har dog indtil videre vist sig svært at gennemføre i praksis, specielt i meget isolerede områder som Azurduyprovinsen.

SEDES' sundhedsstrategi for Azurduy kommune, og Chuquisaca generelt, sigter på at reducere børne- og mødredødeligheden, samt dødeligheden generelt. Derudover sigter strategien på, at forbedre sundhedssystemet specielt med henblik på sundhedsydelsernes tilgængelighed og forbedret social deltagelse i, og kontrol med, sundhedssystemet. (Kilde: SEDES Chuquisaca, Plan Estrategio de Salud 1999-2003)

IMCC vil fortsat arbejde inden for de lokale rammer og integrere det nye projekt i områdets sundhedskomiteé, COMUSA.

1.1.5 Sundhedssektorens tilstand i Azurduyprovinsen

Provinsen har to hospitaler, der er dårligt udstyret, som skal dække 80 landsbyer og 26.515 indbyggere. Der er i alt 14 sundhedsklinikker, hvoraf der i Azurduy kommune ikke er vejforbindelse til nogen af kommunens seks sundhedsklinikker.

Sundhedsklinikkerne og hospital ligger i uvejsomt og bjergrigt terræn, der gør kommunikation og transport meget vanskelig. Det betyder, at hospitalspersonalet sjældent kommer ud på sundhedsklinikkerne som derfor er meget isolerede. Det betyder også, at landbefolkningen har dårlig adgang til sundhedsklinikkerne pga. de tidsmæssigt lange afstande. Dertil kommer at det faglige niveau blandt sygehjælperne på klinikkerne er lavt, hvilket skyldes utilstrækkelig uddannelse. Sidstnævnte fører bl.a. til en u hensigtsmæssig anvendelse af medicin, dårlig supervision af landsbysundhedsarbejdere og ukorrekt registrering af sundhedsdata.

Befolkningen har altså dårlig adgang til det etablerede sundhedssystem, hvilket betyder at mange stadig bruger de traditionelle behandlere (curanderos). Det etablerede sundhedssystem har manglende forståelse for den traditionelle sygdomsopfattelse, hvilket medfører en mindre tillid mellem sundhedsvæsen og landbefolkningen. Især kvinder har dårligt kendskab til de offentlige sundhedstilbud.

Hospitalet i Azurduy har seks læger og tre sygeplejersker, fem sygehjælpere og en tandlæge. På Tarvita hospital arbejder to læger og en sygeplejerske. Hver sundhedsklinik har en sygehjælper ansat. Fire sundhedsklinikker (hvoraf de tre er i Tarvita) er bemanded med en læge. Officielt er der 161 frivillige landsbysundhedsarbejdere i provinsen(se bilag 9,10 og 12).

Da IMCC påbegyndte projekter i Azurduyprovinsen var sundhedsinfrastrukturen ringe. Sundhedstilbuddet er forbedret i provinsen takket været investeringer i sundhedsinfrastruktur. IMCC har bl.a. finansieret konstruktionen og indretningen af fem sundhedsklinikker, samt støttet udvidelser og forbedring af hospitalerne i Azurduy og Tarvita økonomisk. Desuden har IMCC doneret en færdig kirurgstue til hvert af hospitalerne.

Først i 2001 er det lykkedes hospitalerne at udføre simple kirurgiske indgreb som fx. kejsersnit. Mere komplicerede patienter skal transporteres 3-5 timer til Sopachuy hospital.

1.2 Programsammenhæng og relationer til andre projekter

Projektet i Azurduy vil i høj grad samarbejde med IMCCs projekt i San Lucas i Nor Cinti provinsen, således at muligheder og ressourcer udnyttes bedst muligt. Begge projekter er i fællesskab medlem af et NGO-netværk i Chuquisaca; UNISUR (se bilag 13). Ud over dette mødes de to projekter og koordinerer strategi og eventuelle aktiviteter, samt udveksler erfaringer cirka en gang om måneden. Dette sker for, at opnå den største effekt i forhold til IMCCs tilstedeværelse i områderne.

IMCC har arbejdet i provinsen siden 1992. Der er ikke andre organisationer, der direkte arbejder med sundhed. Dog har MAR (verdensbanken) og Prosin (USAID) programmer, der finansielt støtter sundhedssystemet. UNICEF, der tidligere har arbejdet i området, har trukket sig ud i begyndelsen af 2002. Derudover arbejder DANIDAS Sektorprogram i kommunen. IMCC har i indeværende projektperiode haft løbende kontakt med sektorprogrammet i forbindelse med praktiske samarbejdsrelationer. Der er ikke indgået samarbejdsaftaler, men der er planlagt at koordinere aktiviteter og samarbejde i relevant omfang. CARITAS har planlagt, men endnu ikke påbegyndt aktiviteter. I Tarvita arbejder den amerikanske NGO Face the Challenge, hovedsageligt med læger til sundhedsklinikker.

2. Projektanalyse

2.1 Problemanalyse

2.1.1 Sundhedsproblemerne i projektområdet

Projektområdet ligger som tidligere nævnt i en af de fattigste regioner i Bolivia. Dette afspejler sig bl.a. i sygdomsstatistikken, især blandt børnene. Gennemsnitslevealderen i Bolivia er 62 år, mens den for Azurduy kommune er 51,8 år. (INE) Spædbarns mortaliteten er i Bolivia 57/1000 og for Azurduyprovinsen 105/1000. Ifølge officielle tal er 37 % af alle børn under 5 år årligt i kontakt med sundhedsvæsenet pga. diarré og 20 % pga. luftvejsinfektioner. 45 % af børnene lider af fejlnæring.

Sundhedsproblemerne blandt voksne er relateret til forekomsten af sydamerikansk sovesyge (Chagas disease), jodmangelstruma samt luftvejssygdomme og diarré. Derudover findes en hyppig forekomst af tuberkulose og i de lavere liggende områder tillige malaria.

Der ses ligeledes mange komplikationer i forbindelse med graviditet og fødsel, så som svangerskabsforgiftning, vaginale blødninger, mangel på fødsel af moderkagen samt forkert lejring af barnet. Unge teenagemødre og mødre over 35 år har specielt en risiko for disse komplikationer.

Vigtige medvirkende årsager til den høje sygelighed og dødelighed er ikke kun manglende ressourcer, men i højere grad en skæv fordeling af ressourcerne mellem land og by. Den geografisk

isolerede placering og det uvejsomme terræn og dermed lange transportvej til fods og hest, gør ligeledes tilgængeligheden til de eksisterende sundhedstilbud dårlig. Derudover udgør manglende oplysning om basal sundhed og mangelfuldt kendskab til de eksisterende gratis sundhedstilbud (Seguro Basico de Salud) blandt målgruppen et stort problem.

En uddybelse af nogle af de grundlæggende årsager til sundhedsproblemerne i området er således:

➤ **Manglende viden blandt landbefolkningen om basal sundhed.**

Mangelfuld viden om basal sundhed fører til dårlig hygiejne, hvilket medfører mange infektioner, der specielt er årsag til diarré. Diarré er som angivet en af de store årsager til den høje børnedødelighed. Ligeledes er mange børn fejlnærede. Talrige infektioner og den dårlige ernæring giver dårlig trivsel, høj sygelighed og høj dødelighed. Dette afspejles i den lave gennemsnitslevealder. Lav viden om reproduktiv sundhed, specielt blandt unge, fører til talrige uønskede graviditeter. Undersøgelser viser at risikoen for graviditetsrelaterede komplikationer er størst blandt unge mødre. En stor del af bønderne er uvidende om hvad den nationale sygesikring dækker, hvilket medfører at de gratis tilbud der eksisterer ikke udnyttes. Her tænkes specielt på den gratis behandling af børn under 5 år og gravide.

➤ **Bøndernes ringe organisering begrænser deres indflydelse på områdets udvikling, herunder indenfor sundhed.**

Bøndernes organisering er svag, men der findes en eksisterende struktur ” bondefagforeningen”. Organiseringen af bønderne er afgørende for sundhedsarbejdet på landet, og da alle bønder automatisk er medlemmer kan der her nås ud til mange over en bred front. IMCC har fundet det afgørende at støtte bøndernes organisering. Dette gøres ved tæt samarbejde med bondefagforeningen og de lokale landsbyledere. Disse har vist sig at være værdifulde samarbejdspartnere.

➤ **Kvinderne inddrages i ringe grad i lokalområdets udvikling, herunder også indenfor sundhed.**

Kvindernes status er lav og størstedelen er analfabeter. Mange af kvinderne taler kun quechua og har derfor ringe mulighed for at deltage i møder med lokale myndigheder, da møderne ofte foregår på spansk. De er således stort set uden indflydelse på områdets udvikling. Kvinderne er mangelfuldt organiserede, og har dermed ringe mulighed for at påvirke egen og landsbyernes situation. Det er af afgørende betydning at nå denne gruppe for at forbedre sundhedstilstanden, primært fordi det er kvinderne der har ansvaret for børn og familie. Kvindelige landsbysundhedsarbejdere tiltrækker generelt flere kvinder til møder og konsultationer.

➤ **Sundhedssystemet, der er tilgængeligt for landbefolkningen, er præget af dårlig infrastruktur og mangelfuld organisering.**

På grund af store afstande og dårlig infrastruktur har landbefolkningen ikke meget kontakt med det officielle system og sundhedstilbuddene er for dårlige. De manglende veje medfører, at sundhedspersonalet sjældent eller aldrig kommer i de fjerntliggende landsbyer. Dette medfører ligeledes en dårlig vaccinationsdækning. Dårlig kommunikation internt i sundhedsvæsenet fører til dårlig organisering og planlægning f.eks. mellem hospital og sundhedsklinikker, så sundhedsklinikkerne isoleres. Der er mangelfuld supervision af sygehjælpernes arbejde, hvilket fører til manglende motivation og tab af viden.

Infrastrukturen, hvad angår antal af sundhedsklinikker og udstyr er blevet væsentlig forbedret de sidste 10 år, men der mangler fortsat en langsigtet planlægning af aktiviteter og investeringer, der tilgodeser landbefolkningen på lige fod med bybefolkningen.

➤ **Sundhedspersonalet er uddannet i kurative funktioner, men utilstrækkeligt uddannet til at yde en forebyggende indsats.**

Sundhedspersonalet har ikke altid forståelse for landbefolkningens problemer og behov. Viden om den forbyggende indsats er ikke tilstrækkelig, og der mangler supervision fra læger til sygeplejerske og sygehjælpere. Informationen til patienterne er ringe og især landbefolkningen mister tilliden til sundhedssystemet. Den mangelfulde videreuddannelse af sygehjælperne viser sig også ved en til tider uhensigtsmæssig brug af medikamenter og fejlbehandlinger. Desuden mangler personalet ofte viden om bøndernes sygdomsopfattelse, og selv hvis de besidder denne viden tages der ikke hensyn til dette i behandlingssituationen. Dette betyder at bønderne ofte får en dårlig oplevelse som patienter på hospitalet eller sundhedsklinikkerne, og måske søger en alternativ helbreder næste gang. Ydermere finder en stor del af personalet, det ikke attraktivt at arbejde på landet.

Der er i igangværende projektperiode sat fokus på det præventive område, ved oprettelse af en stilling til varetagelse af disse opgaver. Men for at denne stilling udnyttes optimalt mangler en bedre integration i det eksisterende system og inddragelse af hospitalspersonalet i aktiviteterne.

➤ **Uddannelsen af landsbysundhedsarbejdere er utilstrækkelig.**

Uddannelsessystemet er implementeret i alle landsbyer i Azurduy-kommune, og det er i vid udstrækning hospitalspersonalet og ESMP-styregruppen, der står for planlægningen. M.h.t. udvikling og implementering af relevante pædagogiske metoder ligger der fortsat et arbejde for projektet. Registrering af kursusaktiviteter, patientkontakter og supervisioner er også mangelfuld. OCISMA, landsbysundhedsarbejdernes egen nyoprettede organisation, der skal stå for at sikre målgruppens indflydelse på fordeling af sundhedsressourcer til landområderne, behøver fortsat støtte for at fungere optimalt.

2.1.2 Projekthistorie

IMCC har arbejdet med sundhedsprojekter i Chuquisaca departementet i Bolivia siden 1985. Først på det nu afsluttede projekt i Belisario Boeto(1985-1998) og siden på det eksisterende projekt i Azurduy. I 2001 startede et nyt projekt i San Lucas i Nor Cinti provinsen.

Projektet i Azurduy startede i den første fase (1992-1997) arbejdet med uddannelse af landsbysundhedsarbejdere i 18 udvalgte landsbyer i Tarvita og Azurduy kommune. På baggrund af anbefalinger fra pre-appraisal rapporten fra juni 1997, skiftede IMCC strategi, fra tidligere at have uddannet landsbysundhedsarbejdere i både Tarvita og Azurduy kommune, til i indeværende anden fase (1997-2003) udelukkende at uddanne landsbysundhedsarbejdere i de 37 landsbyer i Azurduy kommune. Herudover blev der på baggrund af pre-appraisal rapporten implementeret nye pilot projekter. Dette drejede sig om landsbyudviklings projekter, oprettelsen af en af selvstændig stilling på Azurduy hospital med ansvaret for uddannelsen i sundhed og præventiv medicin, samt ansættelsen af en kvindelig sociolog.

Ideen til denne tredje fase opstod allerede i forbindelse med ansøgningen til nuværende projektperiode, idet IMCC opstartede ovenfor nævnte pilot-projekter til gennemførelse i perioden

1998-2003. IMCC mente derfor, at det ville blive nødvendigt med en projektførlængelse efter 2003. Dette ønske er ligeledes anført i ansøgningen til igangværende projekt. Projekt-ideen er derfor udarbejdet løbende og i samarbejde med samarbejdspartnerne.

2.1.3 Projektberettigelse

I juni 2001 udførte et boliviansk konsulentfirma en midtvejsevaluering af projektet, der anbefaler en projektførlængelse til implementering, afslutning og overdragelse af projektaktiviteterne.

Evalueringsrapporten konkluderer at projektarbejdet har en positiv effekt på målgruppen og området, men peger også på indsatsområder, der skal styrkes i den sidste fase. Disse indsatsområder er bl.a. at øge kanaliseringen af viden og midler ud til landbefolkningen, sætte større fokus på kvindernes vilkår og inddragelse, opnå bedre integration af landsbysundhedsarbejdernes arbejde i det eksisterende sundhedssystem samt forbedre opfølgning og supervision af landsbysundhedsarbejdernes arbejde. Rapporten anbefaler også at genoptage arbejdet i Tarvita-kommune.

Planen for denne tredje og afsluttende fase var oprindeligt at udvide arbejdet til at omfatte hele provinsen (se tidl. ansøgning fra 1997 og midtvejsevaluering) og alle 80 landsbyer, men pga. informationer om nedskæringer i Danidas midler, er vi blevet nødt til at begrænse denne fase til tre år og koncentrere arbejdet om afslutning og udfasning af igangværende aktiviteter, samt enkelte nye tiltag. Derfor planlægges ikke opstart af nye aktiviteter i Tarvita-kommune. Fordelingen af investeringsmidlerne vil dog fortsat blive fordelt i hele provinsen.

2.2 Strategianalyse

2.2.1 Projektscenarie

Projektscenariet for denne tredje og afsluttende projektfase er anderledes end i de 2 foregående faser, da der på nuværende tidspunkt er udviklet og implementeret et uddannelsessystem for landsbysundhedsarbejdere i området. Der er også oprettet, som kontraparte til IMCCs projekt, en speciel stilling på det lokale hospital til varetagelse af den forebyggende og uddannelsesmæssige indsats. Derudover er kommunen via HIPIC-midler, der er midler fra international gældssanering til Azurduy-kommune, og "Loven om Decentralisering" tildelt væsentlig flere ressourcer de sidste år. "Loven om folkelig deltagelse" giver landbefolkningen en lovbestemt indflydelse på de politiske beslutninger, der desværre pga. dårlig organisering ikke udnyttes effektivt.

Denne kontekst giver anledning til, at der i denne fase sættes mere fokus på løsningen af den ulige fordeling af ressourcer, og ikke i så høj grad på manglende ressourcer.

Med baggrund i de ovenfor omtalte problemområder i den aktuelle kontekst, er i denne sidste fase valgt et projektscenarie, hvor problemerne angribes fra 2 vinkler, senere omtalt som 2 strenge. Den ene streng er fortsat levering af serviceydelser i form af uddannelse indenfor sundhed, men mere fokuseret på præventiv medicin samt landbefolkningens specielle behov. Den anden vinkel arbejder med kapacitetsopbygning af lokale organisationer med relation til sundhed, så de bliver i stand til at deltage i sundheds debatten og trække ressourcer ud på landet, hvor behovet er størst.

Fokusområder for den første angrebsvinkel er den manglende viden blandt landbefolkningen om basal sundhed og de eksisterende sundhedstilbud, der søges imødekommet ved at styrke det eksisterende sundhedssystem, forbedre landsbysundhedsarbejdernes og sundhedspersonalets

uddannelse, især indenfor det præventive område, således at de bliver bedre i stand til at varetage landbefolkningens sundhedsproblemer.

De anden streng sætter fokus på løsning af problemet med den ulige fordeling af ressourcer mellem land og by, samt den ringe inddragelse af kvinderne. Som nævnt ovenfor er der aktuelt et gunstigt politisk miljø, der giver folkelige organisationer mulighed for indflydelse på politiske beslutninger. Problemet er manglende organisering, uddannelse, viden om rettigheder og ressourcer hos landbefolkningen til at udnytte disse muligheder.

Vi har derfor valgt en strategi, der forsøger at styrke de eksisterende organisationer via kapacitetsopbygning. Konkrete tiltag er f.eks. fremtidsværksteder, studiebesøg hos velfungerende organisationer, oplysning om rettigheder, undervisning i organisationsopbygning osv.

Den ringe inddragelse af kvinder og børn er et andet vigtigt fokusområde, der søges ændret ved at fastholde ansættelse af kvindelig boliviansk sociolog og iværksætte en større analyse af kvinders forhold, der skal munde ud i konkrete tiltag. Derudover startes et projekt, med sundhedsundervisning i skolerne, i samarbejde med det lokale skolevæsen.

2.2.2 Overordnet projektstrategi

Projektet er et integreret sundhedsprojekt, der bygger på WHO's PHC strategi. Den overordnede projektstrategi er tostrengt, udviklet på baggrund af omtalte projektscenarie og erfaringer fra tidligere faser og evalueringer. Da det er tredje og sidste fase lægges der stor vægt på bæredygtighed i alle projektets aktiviteter således, at projektet får større impact. Ansvarsoverdragelse, lokalt ejerskab og udfasning er vigtige elementer og en generel del af den overordnede strategi (Se punkt 3.8).

De to strenge er:

1. Styrkelse af det eksisterende sundhedssystem, via kapacitetsopbygning og uddannelse, så personalet bliver bedre i stand til at kanalisere viden og sundhedsressourcer ud på landet, hvor der er størst behov. Dette sker via levering af serviceydelser i form af uddannelse og infrastruktur og vigtigst styrkelse og konsolidering af allerede implementeret uddannelsessystem for landsbysundhedsarbejdere. Derudover inddrages børnene som et nyt element via implementering af sundhedsundervisning i skolerne. Herunder arbejdes også med kapacitetsopbygning gennem ansvarsoverdragelse og meget tæt samarbejde med lokale partnere.

2. Styrkelse af de eksisterende organisationer med relation til sundhed, særligt COMUSA og OCISMA, således at de bliver i stand til at tale målgruppens sag og deltage i lokalområdets udvikling især på sundhedsområdet. Herunder ligger også at opnå en bedre fordeling af sundhedsressourcerne, så dette delmål desuden bliver et middel til gennemførelsen af delmål 1. Under dette delmål ligger også en styrkelse af kvindernes deltagelse, via et program for kapacitetsopbygning og organisering udviklet på baggrund af en grundlæggende analyse af kvindernes aktuelle vilkår og muligheder. I dette mål indgår også et element af fortalervirksomhed og lobbyarbejde, som projektet udfører ved samarbejde med andre NGO'er, samt præsentation af aktiviteter og resultater på regionalt og nationalt plan.

En del af strategien er en kontinuerlig udsendelse af danskere på projektet. Hver udsendelse varer 14 måneder, og der er til enhver tid 2 medicinstuderende med evt. partner på projektet. Der er indlagt en overlapsperiode på 2 måneder ved hver udskiftning for at sikre kontinuiteten. Berettigelsen til udsendelse af danske projektarbejdere er, at IMCC med baggrund i den lange

erfaring med projekter i netop Bolivia, spiller en stor rolle som fortalere for landbefolkningen, idet denne gruppe ofte negligeres og forbigås i sundhedsarbejdet.

Mangeårige erfaringer med sundhedsformidling og en grundig forberedelse og uddannelse af de udsendte danskere gør, at IMCC bidrager med en viden om pædagogisk formidling og organisering, der har vist sig gavnlige for interaktionen mellem sundhedsvæsenet og målgruppen.

IMCCs styrke er også at organisationen ikke er partipolitisk og er uafhængig af de politiske strukturer i modsætning til bolivianerne.

Målgruppen er endnu ikke så stærk og velorganiseret, at den er i stand til selv at sætte relevante krav til myndighederne i henhold til "Loven om folkelig deltagelse", "Loven om Decentralisering" eller Seguro Basico de Salud. IMCCs rolle som fortalere og neutral samarbejdspartner er derfor fortsat vigtig, og bla. med til at øge fattigdomsorienteringen i sundhedsdebatten. I arbejdet med kapacitetsopbygning af målgruppen er OCISMA og bondefagforeningen derfor vigtige partnere for projektet.

Projektet søger samtidig at mindske kløften mellem land og by ved at informere og uddanne sundhedspersonalet i Azurduy om landbefolkningens særlige opfattelse af sygdom og sundhed.

IMCC er derudover en vigtig rekrutteringsbase for senere deltagelse i udviklingsarbejde. Ud af 54 udsendte IMCCere i perioden 1980-89 har 31 arbejdet videre med udviklingsarbejde. Denne linje er så vidt vi kan vurdere blevet fulgt også de seneste år. Der har siden 1989 eksempelvis været tidligere IMCCere ansat hos Danida, FN, MS, Caritas, Red barnet, Projektrådgivningen, Dialogos og IBIS. Ligeledes opnår de udsendte medicinstuderende en bred erfaring i arbejdet med ulandsarbejde og projektlederskab, der også er meget anvendelig i det danske sundhedsvæsen.

Projektet arbejder koncentreret i et afgrænset geografisk område, for at opnå de mest bæredygtige og integrerede resultater. Vi søger derved på længere sigt at opnå en spredningseffekt af arbejdet, der kan sætte gang i en udviklingsproces inden for sundhedsområdet både kommunalt og regionalt. Spredningseffekten har bl.a. vist sig ved, at man fra de forskellige regionale og lokale sundhedsmyndigheder har sat fokus på vigtigheden af landsbysundhedsarbejdere og presser på for at få spredt dette system gennem AIEPI til alle de fattigste kommuner. Derudover har vi støttet uddannelsen af landsbysundhedsarbejdere til sygehjælpere, som nu arbejder i andre kommuner, og derved er med til at sprede ideen om et landsbysundhedsarbejder-uddannelsessystem. Herudover har IMCCs pilot projekt med oprettelse af en fast stilling i præventiv medicin i kommunen været medvirkende årsag til oprettelsen af tilsvarende stillinger i tre distrikter i Chuquisaca.

I denne fase håber vi på en spredningseffekt af uddannelsesprogram for sundhedsundervisning i skolerne, samt en spredningseffekt inden for sundhedspolitikken, såvel lokalt som regionalt.

Projektstrategien indeholder således både elementer af serviceydelser, kapacitetsopbygning af civilsamfundsorganisationer, samt fortalervirksomhed og lobbyarbejde.

2.2.3 Målgruppen

Projektets primære målgruppe er de fattige småbønder på landet, specielt kvinder og børn, der udgør den laveste social-økonomiske gruppe i Bolivia. Disse bønder er næsten udelukkende efterkommere af den oprindelige befolkning og betegnes quechua-indianere. Ca. 17,5 % af populationen er under 5 år og 46 % er under 15 år. Børnene udgør således en meget stor del af befolkningen. Befolkningen bor spredt og langt fra sundhedsklinikker og hospitaler. (bilag 6)

Den primære målgruppen udgør 11.349 personer, heraf 5.776 kvinder i Azurduy kommune og indirekte 15.166, heraf 7.617 kvinder i Tarvita kommune. (Kilde: Folketælling 2001)

Den sekundære målgruppe udgør:

Internt: COMUSA, OCISMA, hospitalspersonale, sundhedspersonale på sundhedsklinikkerne, skolevæsen, lærerne, kommunen, lokale autoriteter (ca. 100 personer)

Ekstern: SEDES i Sucre, Sundhedsministeriet i La Paz.

Dertil kommer en mere indirekte målgruppe på 531.522 i Chuquisaca departementet. Den indirekte målgruppe påvirkes af projektets indflydelse på sundhedsområdet via deltagelse i sundhedsdebatten og spredningseffekten regionalt via SEDES, UNISUR.

3. Projektdesign

3.1 Udviklingsmål og indikatorer

Projektets overordnede udviklingsmål er : en forbedret sundhed for landbefolkningen i Azurduyprovinsen , specielt for børn under 5 år og kvinder.

Indikatorer for dette mål er:

Børne-morbiditet og mortalitet reduceret, anskueliggjort ved offentlige statistikker, og via evalueringer.

Reduceret mødre-morbiditet og mortalitet i forbindelse med graviditet og fødsler.

3.2 Projekt mål og indikatorer

3.2.1 Projekt mål 1 og indikatorer

1. Styrkelse af det eksisterende sundhedssystem, specielt mht. undervisning i sundhed og sygdom således, at ressourcerne og indsatsen indenfor sundhed fordeles og anvendes til øget gavn for landbefolkningen og Azurduyprovinsen.

Indikatorer for projekt mål 1:

Øget viden om sundhed og sygdom blandt udvalgte familier i Azurduyprovinsen, ved KAP-studie/evalueringer.

Øget kendskab til Seguro Basico de Salud blandt landbefolkningen, illustreret ved øget forbrug af sundhedsydelse, specielt for kvinder og børn, registreret i offentlige statistikker.

Øget antal patientkontakter såvel hos LSA'er, som sundhedsklinikker på landet.

Velfungerende og integreret enhed for uddannelse og præventiv sundhed.

Sundhedsklinikker på landet veludstyret og velfungerende.

Lokal overtagelse af hovedelementer sidste år af projektet.

Udgifter til uddannelse er budgetteret på kommunens sundhedsbudget.

3.2.2 Projekt mål 2 og indikatorer

2. Styrkelse af eksisterende organisationer med relation til sundhed, specielt COMUSA, OCISMA og kvindegrupper, m.h.t. at gøre dem i stand til at varetage målgruppens interesser indenfor sundhed og sikre bæredygtigheden af projektet.

Indikatorer for projekt mål 2:

COMUSA holder møder med referat og deltagerliste. Planlægger årligt sundhedsbudget og fremtidsværksted.

OCISMA planlægger og afholder generalforsamling, hvor sundhedspersonale og kommune deltager.

OCISMA deltager aktivt i den lokale sundhedsplanlægning.

Øget deltagelse af landsbyledere til møder på kommunalt niveau.

Øget deltagelse af kvinder ved landsbymøder i udvalgte landsbyer og på kommunalt niveau.

3.3 Resultater og indsatsområder, inkl. indikatorer

3.3.1 Resultater og indikatorer for projekt mål 1.

Resultater

1.1 Enheden for sundhedsundervisning og præventiv medicin anerkendt som velfungerende, såvel lokalt som regionalt, således at den er i stand at planlægge og implementere kursusaktiviteter.

1.2 Forbedre implementering af nationale sundhedsprogrammer via landsbysundhedsarbejder i Azurduyprovinsen, således at sundhedsprogrammerne og implementeringen styrkes i det dårligt organiserede Azurduy-område med stort behov.

1.3 To til fire landsbysundhedsarbejdere uddannet i hver landsby i Azurduy kommune.

1.4 Landsbysundhedsarbejderes viden videregivet til landbefolkningen, sådan at kendskabet til nationale sundhedsprogrammer udbredes.

1.5 Alle landsbysundhedsarbejdere registreret og superviseret minimum en gang årligt, for at sikre den bedst mulige kontinuitet og kommunikation i det nationale sundhedsprogram for landsbysundhedsarbejdere.

1.6 Minimum et kursus for hospitalspersonalet årligt, planlagt og afholdt af ESMP-styregruppen.

1.7 Styrket sundhedsundervisning i skolerne i Azurduy kommune, således at en basal sundhedsviden opnås af børn i den skolepligtige alder.

1.8 Forbedret infrastruktur af PHC-tjenesten i Azurduy provinsen specielt med hensyn til en mere ligelig fordeling af ressourcer mellem land og by.

Indikatorer for resultatopnåelse for projektmål 1. (progress)

Ad 1.1 Hver anden måned afholdt møder med styregruppen, med 80 % deltagelse, hvorfra der foreligger referat. Hospitalspersonalet deltager i ESMP- enhedens arbejde.

Ad 1.2 Øget viden hos målgruppen om nationale sundhedsprogrammer synliggjort via årlige evalueringer udarbejdet af de bolivianske konsulenter.

10 % flere undersøgelser af gravide i projektperioden, samt flere fødsler på hospitalet opgjort i den officielle sundhedsstatistik.

Ad 1.3 Afholdt minimum to årlige kurser for landsbysundhedsarbejdere, et centralt kursus og et i hver zone, samt registrering af kursusdeltagelse og aktiviteter for hver enkelt landsbysundhedsarbejder.

Ad 1.4 Minimum to årlige forebyggende sundhedstaler afholdt af landsbysundhedsarbejdere i deres respektive landsbyer, med deltagerliste, der medtager fordeling af deltagende mænd og kvinder.

Ad 1.5 Afholdt CAI-comunales (lokale sundhedsevalueringmøder) minimum en gang årligt, herunder registrering af kursusdeltagelse, patientkontakter og antal udførte sundhedstaler for hver landsbysundhedsarbejder.

Ad 1.6 Deltagerliste og program foreligger.

Ad 1.7 Program for sundhedsundervisning i skolerne udarbejdet og implementeret i 90% af skolerne.

Ad 1.8 Inventarlistes og halvårsrapporter. Investeringsplan og årlige sundhedsbudgetter udarbejdet.

3.3.2 Resultater og indikatorer for projektmål 2

2.1 Styrket COMUSA, således at komiteen er i stand til at planlægge og implementere en samlet sundhedsplan og en ressource fordeling, der er i overensstemmelse med "Loven om Folkelig deltagelse" og "Loven om Decentralisering".

2.2 Styrket organisering af landsbysundhedsarbejdernes organisation, OCISMA, idet denne fastholder hospital og kommune på deres forpligtelser og ansvar, samt fremfører målgruppens ønsker og behov.

2.3 Styrket samarbejde og koordination mellem eksisterende organisationer og NGO'er i området og på regionalt plan gennem møder og workshops.

2.4 Ansat boliviansk kvindelig sociolog/antropolog.

2.5 Gennemført opfølgning på eksisterende landsbyprojekter.

2.6 Kvinders viden om sundhed og rettigheder styrket, hvilket bevirker at kvinderne i øget grad benytter sundhedsfaciliteterne og formår at fremføre behov og ønsker overfor sundhedsmyndighederne.

2.7 Landsbyernes organisation styrket, således at landsbyerne i større omfang fremfører projekter/behov over for de lokale myndigheder og deltager i den folkelige debat.

2.8 Velfungerende multifunktionelt hus, som benyttes til overnatning og kursusaktiviteter for målgruppen.

Indikatorer for resultatopnåelse for projektmål 2:

Ad. 2.1. 4 årlige møder afholdt med referat.

Ad 2.2 Afholdt årlig generalforsamling med 75 % deltagelse, planlagt og udført af bestyrelsen for OCISMA. Årlig studietur for OCISMA om organisering og relaterede emner.

Ad 2.3 Referater fra møder med organisationer i Azurduy, Sucre og La Paz

Ad 2.4 Til den 1 juli 2003 afholdt jobinterviews og ansat rette person.

Ad 2.5 Registrering af aktiviteter i halvårsrapporter og årlige evalueringer

Ad 2.6 Programaktiviteter implementeret i henhold til undersøgelsesrapporten. 50 % flere kvindelige landsbysundhedsarbejdere. Øget viden hos kvinder om sygdom og sundhed, samt øget repræsentation af kvinder på landsbymøder registreret ved deltagelister.

Ad 2.7 Øget repræsentation af landsbyledere på kommunalt niveau.

Ad 2.8 Huset bruges til minimum tolv kurser årligt, at antallet af gæster forbliver over 100/måned. Der afholdes minimum 6 årlige bestyrelsesmøder

3.4 Hovedaktiviteter

3.4.1 Hovedaktiviteter relateret til de enkelte resultater. (se i øvrigt Implementeringsplanen pkt. 4.2)

1.1.1 ESMP-styregruppens arbejdsopgaver og forpligtelser accepteres af alle inkl. SEDES. IMCC deltager i styregruppens møder. Der planlægges undervisningsaktiviteter for hvert år. Der lægges en langsigtet plan fra 2003 til 2005

1.2.1 Støtte til tilpasning af nationale sundhedsprogrammers til lokale omstændigheder. Herunder udarbejdelse af undervisningsmateriale.

- 1.3.1. Styregruppen for ESMP-enheden planlægger og udarbejder materiale til LSA kurser i de to kommuner for perioden 2003 til 2004. Desuden lægges en langsigtet kursusplan indtil 2007
- 1.3.2. Hospitalspersonale fra hver kommune forpligtiger sig til og afholder et centralt storkursus og et kursus i hver zone årligt i perioden 2003 til 2007
- 1.4.1. Hospitalspersonalet og evt. IMCC deltager i min. et årligt landsbymøde som støtte til LSA
- 1.5.1. Hospitalspersonalet afholder CAI-comunales min. en gang i hver af de seks zoner i Azurduy kommune
- 1.6.1. Styregruppen planlægger og udfører uddannelsesprogram for hospitalspersonalet
- 1.7.1. Udarbejdelse af uddannelsesprogram for sundhedsundervisning i skolerne i Azurduy kommune ved hospitalspersonale, uddannelsessektoren og IMCC
- 1.7.2. Begyndende implementering af sundhedsundervisning i skolerne i Azurduy kommune. Et kursus afholdes for lærerne i Azurduy. Lærerne sætter de første timer af til sundhedsundervisning i skoleskemaet
Der lægges i fællesskab en strategi og plan for perioden 2003 til 2005 for at opnå undervisningsprogrammets mål
- 1.8.1 Afholdelse af opstarts-møder i COMUSA, herunder udarbejdelse af 3-årig investeringsplaner og deltagelse i det årlige sundhedsbudget planlægning
- 2.1.1 Afholdelse af 4 årlige møder, herunder planlægning af opfølgingsaktiviteter for landsbyprojekter og udarbejdelse af investeringsplan
- 2.1.2 Afholdelse af årligt fremtidsværksted med lokale autoriteter og NGO'er mht. udarbejdelse af generel sundhedsplan 2003 til 2006
- 2.2.1. Afholdelse af årlig generalforsamling for LSA i Azurduy, arrangeret af LSAernes organisation. Sundhedssystemet, kommunen og landsbylederne er repræsenteret og diskuterer eventuelle problemer og muligheder i forgangne år.
- 2.2.2. Udveksling af erfaringer med andre organisationer, der arbejder med LSA på en studietur, planlagt af styregruppen og OCISMA-bestyrelsen
- 2.3.1 Afholdelse af regelmæssige interinstitutionelle møder i Azurduy, Sucre og La Paz (landefora)
- 2.3.2 Aktivt medlemskab i UNISUR
- 2.4.1. Afholdelse af ansættelsessamtaler og udarbejdelse af specifik arbejdsbeskrivelse for kvindelig sociolog/antropolog
- 2.5.1. Opstart af planlagte opfølgingsaktiviteter ved boliviansk kvindelig sociolog og kommune

- 2.6.1. Udarbejdelse af analyse af kvinders forhold i udvalgte landsbyer ved sociolog og konsulent m.h.t. planlægning af aktiviteter målrettet mod kvinder
- 2.6.2. Implementering af kvindeaktiviteter på baggrund analysen af kvinders forhold.
- 2.6.3. Deltagelse af kvindelig LSA i styregruppens landsbybesøg, m.h.t. at rekruttere kvindelige LSAer
- 2.7.1. Afholdelse af årligt seminar for landsbyledere arrangeret af kommunen og bondefagforeningen, hvor 75% er betalt af IMCC med gradvis udfasning.
- 2.8.1. IMCC deltager i de afholdte bestyrelsesmøder for Det multifunktionelle Hus

3.4.2 Andre aktiviteter

- a. Udvikling af et kvalitativt og kvantitativt monitoreringssystem ved eksterne bolivianske konsulenter
- b. Løbende årlig projektevaluering ved bolivianske konsulenter
- c. Der udarbejdes en samlet skriftlig vurdering på spansk og dansk over IMCCs effekt og erfaringer fra 13 års arbejde i Azurduyprovinsen ved de bolivianske konsulenter, en dansk konsulent og en IMCCer
- d. IMCC udarbejder sammen med boliviansk personale halvårsrapporter, statusrapporter og månedlige rapporter (fagbreve)
- e. IMCC kasserer udarbejder månedsregnskaber og årsregnskab 2002-03 og konsulterer ekstern dansk/boliviansk revisor
- f. Uddannelse af danske projektmedarbejdere i forbindelse med udsendelse.
- g. Styrkelse af PR i Danmark, herunder udarbejdelse af artikler om ulandsarbejde/området, der publiceres i danske medicinertidsskrifter
- h. Biler og hus gøres klar til donation og aftaler i forbindelse med nedlukning udarbejdes. Nedlukning af projektet, dvs. overdragelse af hus, bil mv.

3.5 Ressourcer

3.5.1 Ressourcer relateret til de enkelte hovedaktiviteter

I denne sidste fase er alle udgifter til projektaktiviteter støttet af kommunen med kontraparte. Denne kontraparte stiger i løbet af projektperioden efter en fastsat fordelingsnøgle, således at kommunen ved projektets afslutning har overtaget udgifterne til de vigtigste aktiviteter, og disse er integreret i sundhedsbudgettet.

Ressourcer der skal tilføres hovedaktiviteterne 1.1.1, 1.2.1, 1.3.1, 1.4.1, 1.5.1, og 1.6.1 er:

- Udgifter til materialer til kurser
- Evt. udgifter til ansættelse af midlertidig konsulent til udarbejdelse af AIEPI materiale
- Løn, transport og forplejning til undervisere
- Forplejning til kursusdeltagere
- Transport og forplejning til projektarbejdere

- Midler til diæter for landarbejde

Disse udgifter anslås til ca. 80.000 DKK

Ressourcer relateret til hovedaktivitet 1.7.1., 1.7.2., 1.7.3. og 1.8.1. er:

- Udgifter til udarbejdelse af undervisningsmaterialer
- Løn, transport og forplejning til undervisere
- Forplejning til kursusdeltagere
- Investeringer i sundhedsinfrastruktur

Disse udgifter anslås til ca. 250.000 DKK

Ressourcer til hovedaktiviteterne 2.1.1., 2.1.2., 2.2.1., 2.2.2., 2.3.1., og 2.3.2. er:

- Udgifter til materialer
- Udgifter til transport og forplejning til møder
- Udgifter til afholdelse af fremtidsværksted, løn, forplejning og transport til evt. konsulent
- Årligt kontingent til UNISUR

Disse udgifter anslås til ca. 20.000 DKK

Ressourcer til hovedaktiviteterne 2.4.1. og 2.5.1 er:

- Udgifter til materialer til samtaler og evt. konsulent
- Løn og benefits til fastansat boliviansk medarbejder
- Udgifter til opfølgingsaktiviteter på landsbyminiprojekter

Disse udgifter anslås til ca. 180.000 DKK

Ressourcerne til hovedaktiviteterne 2.6.1., 2.6.2. og 2.6.3. er:

- Udgifter til undersøgelsesrapport om kvinders vilkår og muligheder
- Udgifter til implementering af aktiviteter målrettede mod kvinder
- Udgifter til kortidsansættelse af antropolog
- Udgifter til transport, forplejning og materialer til kvindelig LSA erfaringsudveksling

Disse udgifter anslås til 50.000 DKK

Ressourcer til hovedaktiviteterne 2.7.1. og 2.8.1. er

- Udgifter til underviser, løn, transport og materialer.
- Udgifter til kursusaktiviteter og forplejning til kursusdeltagere

Disse udgifter anslås til 4.000 DKK

3.6 Eksterne faktorer

For at projektaktiviteterne kan gennemføres, og føre til det overordnede mål antages det at:

- At der er politisk stabilitet i landet med fortsættelse af de nye reformer, ”Loven om decentralisering” og ”Loven om Folkelig Deltagelse” og ”Ley de Dialogo 2000”
- At der er politisk velvilje fra kommunens side
- At der ikke sker naturkatastrofer eller opstår større epidemier i området

- At personalet har den nødvendige indsigt i og respekt for bøndernes kultur og levemåde
- At begge køn accepterer at kvinder deltager i aktiviteter målrettede mod deres behov
- At religiøse og kulturelle skel ikke står i vejen for oplysningsarbejdet

3.7 Forudsætninger og risici

3.7.1 Forudsætninger.

Forhold der skal være afklaret før projektet starter udgør:

- At sundhedspersonalet accepterer at deltage i projektarbejdet, som en integreret del af deres arbejde
- At de regionale sundhedsmyndigheder opretholder en stilling til bemanning af enheden for uddannelse og præventiv sundhed
- At kommunen og hospitalet ønsker at samarbejde i tilstrækkeligt omfang
- At landsbyen bakker op om LSAernes arbejde og fritager dem for kommunalt arbejde
- At kommunen yder sin kontraparte efter fastsat fordelingsnøgle
- At styregruppen fungerer og hospitalspersonalet deltager i arbejdet
- At lærerne accepterer at undervise i sundhed og at autoriteterne godkender det nye undervisningsprogram
- At COMUSA fungerer og er interesseret i projektarbejdet
- At LSAer til stadighed er interesserede i at indtræde i OCISMAs bestyrelse
- At det lokale sundhedspersonale ikke udskiftes ofte

For at få afklaret forudsætningerne for projektet før start på denne sidste fase, har der under forberedelsen af dette projektdokument været afholdt mange workshops med samarbejdspartnere og relevante organisationer. Disse workshops har resulteret i flere ”carta de intenciones” fra de nærmeste samarbejdspartnere samt relevante NGO’er.(Se bilag 5,13 og 14) Derudover er der lavet samarbejdsaftaler med de lokale og regionale sundhedsmyndigheder, samt sundheds- og udenrigsministeriet. (bilag 1,2,3 og 4) Første udkast til dette projektdokument er også sendt til Bolivia, og er diskuteret og revideret i fællesskab med de lokale samarbejdspartnere.

3.7.2 Risici.

Et væsentlig risikomoment er den til tider ustabile politiske situation i Bolivia, der bl.a. ofte resulterer i vejblokader og demonstrationer over det meste af landet. Det har dog været sådan i en længere årrække og vores erfaring er, at det i de afsides regioner som Azurduy kun giver anledning til små forsinkelser. Denne risiko har vi ingen indflydelse på.

Manglende samarbejdsvilje hos centrale ressourcepersoner udgør altid en risiko, hvorfor vi lægger stor vægt på medinddragelse i projektaktiviteterne og styrkelse af COMUSA, hvor både kommune og hospital er repræsenteret.

En anden risiko er den store udskiftning af personale, og til tider ubesatte stillinger især på landet. Dette søger vi at påvirke ved via tæt kontakt til de regionale myndigheder at stille krav om opfyldelse af samarbejdsaftaler og officielle målsætninger.

De kulturelt bestemte kønsroller kan vanskeliggøre kvindernes inddragelse i projektaktiviteterne. Dette søges forbygget ved ansættelse af kvindelig boliviansk sociolog, og ved gennemførelse af en analyse der skal anskueliggøre hvilke tiltag der er realistiske i den aktuelle kontekst.

Da sundhedsoplysning og øget viden kun har effekt, hvis adfærden ændres og indgroede vaner laves om er det en risiko, at 13 år er for kort tid til at spore en effekt.

3. 8 Bæredygtighed og exit-strategi

3.8.1 Bæredygtighed

Integrationen af projektets aktiviteter i de lokale strukturer er af stor betydning for at sikre bæredygtigheden. Det overordnede mål for denne bæredygtighed er lokalt ejerskab og kapacitetsopbygning. Den 2-strengede strategi, der inkluderer kapacitetsopbygning af lokale folkelige organisationer er med til at sikre bæredygtigheden, da disse organisationer forventes at eksistere efter projektets afslutning. Desuden styrkes bæredygtigheden ved, at al planlægning - og selve udformningen af projektet - foregår i samarbejde med SEDES, Azurduy hospital, Azurduy kommune, skolevæsenet, samt relevante lokale organisationer, herunder OCISMA. Der udarbejdes for eksempel en langsigtet udviklings- og undervisningsplan inden for sundhed med de ovenstående institutioner, hvilket muliggør lokal indflydelse fra begyndelsen. Projektets aktiviteter er yderligere lagt an på, at de skal indgå i de eksisterende institutions- og programstrukturer, således at aktiviteterne og resultater i bredest mulige omfang føres videre. IMCC har erfaring med flere års aktiviteter i Azurduy og Chuquisaca, hvor projekterne har haft opbakning fra lokale kræfter. Projektet bygger således på eksisterende institutioners naturlige arbejdsfelt, og det undgås herved at opbygge parallelle og evt. rivaliserende strukturer.

Herunder redegøres for projekt resultaternes bæredygtighed:

Projektdelmål 1: Styrkelse af det eksisterende sundhedssystem, specielt mht. undervisning i sundhed og sygdom, således at viden og ressourcer kan nå ud til målgruppen.

1.1 Enheden for sundhedsundervisning og præventiv medicin anerkendt som velfungerende lokalt og regionalt, således at den kan tilrettelægge og gennemføre programmer, der skal forbedre den primære sundhed for - og sundheds viden hos -målgruppen. Bæredygtigheden sikres ved, at enheden ledes af en styregruppe, der består af de medlemmer af sundhedsvæsenet, der ifølge det nationale sundhedssystem har ansvaret for netop præventiv medicin og sundhedsundervisning. Desuden deltager byrådets sundhedsrepræsentant, hvilket gør kendskabet til sundhedsaktiviteterne mere udbredte, og øger forståelsen for sundhedssektorens behov i kommunen. Ligeledes er enhedens arbejdsopgaver og placering i de lokale strukturer anerkendt og foreslået af SEDES. Herved indgår enhedens arbejde i de nationale sundhedsstrukturer, hvilket sikrer kendskab og løn fra sundhedsministeriet.

1.2 Forbedret implementering af nationale sundhedsprogrammer via LSAere i Azurduyprovinsen, således at de nationale programmer tilpasses de lokale forhold og målgruppe og derved får størst effekt. Bæredygtigheden opnås ved, at det allerede er hospitalet, der står for disse aktiviteter, men at IMCC blot finansierer en tilpasning og forbedring af materiale, som så kan anvendes fremover. Derved fungerer provinsen tilmed som forsøgsområde, der kan få indflydelse på andre afsidesliggende og quechuatalende områder i Chuquisaca. Både hospital og SEDES er med i

processen fra begyndelsen. Da opfordringen til at forbedre og støtte sundhedsprogrammerne også er kommet fra dem, har de en stor egeninteresse i at fortsætte aktiviteterne efter projektets afslutning.

- 1.3 To til fire landsbysundhedsarbejdere uddannet i hver landsby. Dette resultat sikres i og med, at der opstår et ønske i landsbyernes om at have landsbysundhedsarbejdere. Dette ønske eksisterer allerede, men vil styrkes i det kommende projekt i og med, der vil komme mere oplysning til landsbyerne om systemet af frivillige landsbysundhedsarbejdere.
- 1.4 Landsbysundhedsarbejdernes viden videregivet til landsbyerne i Azurduy-kommune, således at målgruppen opnår en øget viden om sundhed og sundhedsprogrammer. Bæredygtigheden opnås ved, at sundhedstaler, qua overenskomster mellem landsbyledere og hospitalet, kommer til at indgå i landsbyernes faste møder. Desuden foretager hospitalet kontrol med landsbysundhedsarbejdernes formidling, som er i overensstemmelse med det nationale sundhedsprogram for landsbysundhedsarbejdere, der anser disses arbejde for mere præventivt end kurativt.
- 1.5 Alle landsbysundhedsarbejdere registreret og superviseret to gange årligt for at opnå de bedste sundhedsdata, samt et velfungerende primært sundhedssystem i Azurduy kommune. Bæredygtighed opnås, idet det er i hospitalets egen interesse, at opnå gode sundhedstal, samt at have et velfungerende system.
- 1.6 Årlig kursus for sundhedspersonalet, planlagt og afholdt af styregruppen, med den hensigt at øge personalets faglige kunnen, så sundhedsservicen forbedres for målgruppen. Bæredygtigheden skal her ses som kapacitetsopbygning af hospitalspersonalet, der vil føre dette videre i deres daglige arbejde.
- 1.7 Styrket sundhedsundervisning i skolerne i Azurduy kommune, således at viden om sundhed og hygiejne udbredes til målgruppen, som derved indgår i en proces mod ændret viden og adfærd i forhold til sundhed. Bæredygtigheden består i, at skolevæsenet forpligter sig til, fra 2003 og fremover, at sætte sundhed på skoleskemaet. Undervisningen af lærerne vil efter projektets afslutning ikke være så intensivt, men gennem aftaler mellem hospitals- og skolevæsen sikres opfølgingskurser for lærerne, når de alligevel to gange årligt mødes til orienteringsmøder i Azurduy by. Herved vil der være foregået en bæredygtig kapacitetsopbygning af lærerne til at undervise i sundhed, som læreren, der ofte er en autoritet i lokalområdet vil kunne videreformidle.
- 1.8 Forbedret infrastruktur af PHC-tjenesten i Azurduy provinsen. Bæredygtigheden i disse investeringer er, at hospital og kommune (COMUSA) kapaciteres i at lægge en langsigtet økonomisk udviklingsplan for Azurduy og Tarvita kommune. Den erfaring, der opnås her vil fremover kunne anvendes. Kommunerne giver kontraparte i form af arbejdskraft. På langt sigt vil forbedringerne i PHC-tjenesten medføre en udbygget infrastruktur og øget fokus på landområdet.

Projektdelmål 2: Styrkelse af eksisterende organisationer med relation til sundhed, især COMUSA og OCISMA, således at disse organisationer bedre formår at varetage målgruppens/landbefolkningens interesser i relation til sundhed.

2.1 Styrket COMUSA, således at den er bedre i stand til at varetage landbefolkningens interesser i sundhedsøjemed. Bæredygtigheden sikres gennem en kapacitetsopbygning af COMUSA, der herigennem fremover bedre vil kunne varetage sin rolle i planlægningen af sundhedspolitikken. Den fastholdes på lang sigt ved, at Comité de Vigilancia inddrages i højere grad i sundhedspolitikken gennem COMUSA.

2.2 Styrket organisering af landsbysundhedsarbejdernes organisation, OCISMA, idet denne fastholder hospital og kommune på deres forpligtelser og ansvar, samt fremfører målgruppens ønsker og behov. Det er hensigten, at OCISMA gennem kapacitetsopbygningen vil opnå erfaring og accept som aktør på den lokale sundhedspolitiske arena. Derved bliver der dannet præcedens for OCISMA's indflydelse og medlemmer vil kunne se at de har en reel mulighed for indflydelse. Organisationens aktiviteter udføres alle af lokale medlemmer. Da OCISMA består af permanente lokale kræfter vil erfaring og viden forblive lokalt.

2.3 Styrket samarbejde og koordination mellem eksisterende organisationer og NGO'er på såvel lokalt, som regionalt niveau. Dette vil medføre et større fokus på Azurduy-provinsen, der i det lange løb vil betyde, at flere bolivianske og udenlandske NGO'er og nationale programmer vil nå provinsen.

2.4 Ansat kvindelig boliviansk sociolog/antropolog. Bæredygtighedsaspektet består ved dette mål i, at den kvindelige sociolog er med til at sikre en kapacitetsopbygning, der er tilpasset de lokale sociale og kulturelle forhold. På langt sigt vil det medføre en videns forøgelse på landsbyniveau.

2.5 Gennemført opfølgning på eksisterende landsbyprojekter. Bæredygtigheden sikres ved, at det er landsbybeboerne, som selv står for udførelsen af projektaktiviteterne og dermed fastholder en faglig og organisatorisk kapacitet, som forbliver i landsbyen på lang sigt.

2.6 Kvinders viden om sundhed og rettigheder styrket, således de har øget mulighed for at benytte sig af, og kræve deres ret til, de nationale sundhedsprogrammer. På lang sigt vil resultatet kunne fastholdes ved, at kvinder således har et bedre videns fundament, at indgå i de eksisterende mødreklubberne med.

2.7 Landsbyernes organisation styrket for, at de bedre kan fastholde kommune og hospital på deres forpligtelser og sikre en ressourcefordeling, der også tilgodeser landbefolkningen. Aktiviteterne fastholdes på lang sigt i og med, at der gennem projektperioden oparbejdes en præcedens og et behov for at deltage mere i den kommunale sundhedsressourcefordeling hos målgruppen.

2.8 Velfungerende multifunktionelt hus, således at huset betragtes som en selvkørende institution under offentlig forvaltning. Der findes allerede aftaler om kommunens forpligtelser i forhold til husets drift og vedligehold. Perioden 2003 til 2006 vil blot fungere som en indkøringsperiode, hvor det sikres, at de lokale organisationer bliver bevidste om deres indflydelses- og bestemmelsesmuligheder. På lang sigt vil et selvfinansierende hus være en bæredygtig løsning, hvorfor dette tilstræbes gennem indkomstgenererende tiltag.

Under projektdelmål 2 ligger bæredygtigheden fortrinsvis i det, at lokale organisationer fx. OCISMA opnår kapacitet til at kunne gøre indflydelse på lokalpolitiske beslutninger, hvad angår sundhed. Resultaterne tænkes fastholdt på længere sigt i og med, at en øget viden og erfaring med deltagelse i den sundhedspolitiske proces vil fastholdes i målgruppens bevidsthed.

Målet er, at der efter en treårs periode fortsat skal være videreførelse af aktiviteter inden for:

- Undervisning og supervision af det frivillige landsbysundhedsarbejdersystem
- Undervisning i skolerne i sundhed
- Målgruppen er blevet bedre til at kræve sundhedsressourcer fordelt til landområderne

IMCC påtænker i forbindelse med San Lucas projektet at udføre et evaluerings/opfølgingsbesøg i Azurduy i 2009 eller 2010.

3.8.2 Exit-strategi og udfasning

Bæredygtighed og udfasning er tæt forbundet. Derfor er samarbejdspartnerne allerede fra projektets begyndelse bekendt med og indforståede med, at de løbende gennem projektet skal overtage mere og mere ansvar for aktiviteterne. Dette sikres gennem faste aftaler, og at der gennem hele projektperioden lægges op til, at det er partnerne i syd, der skal stå for projektets aktiviteter.

Da hele tredje projektperiode i praksis er en udfasningsperiode af ti års aktiviteter i området vil der ske en gradvis udfasning af projektets aktiviteter allerede fra projektets første år. De nye aktiviteter i forbindelse med sundhedsundervisning i skolerne og kvindeprojekterne vil først udfases i slutningen af projektet (2005-6).

Aktiviteter, hvor udfasning påbegyndes 2003-4.

1.2.1 IMCC betaler udgifterne til en forbedring og tilpasning af materialet. SEDES, hospital og kommune bidrager med arbejdskraft og supervision/evaluering af materialets effekt. Økonomisk vil IMCC udfase i 2004, men vil deltage i den løbende evaluering af materialet sammen med hospitalets styregruppe.

1.8.1 IMCC bidrager økonomisk til skole- og sundhedsinstitutionernes udarbejdelse af undervisningsmateriale til skolerne. Desuden vil IMCC deltage, som konsulenter, i møder i forbindelse med udarbejdelsen af undervisningsmaterialet. Efter 2004 vil IMCC ikke, hverken økonomisk eller arbejdsmæssig, deltage i materialetilpasningen.

Aktiviteter, hvor udfasning påbegyndes 2005-6.

1.1.1 I praksis står hospitalets styringsgruppe allerede for størstedelen af sundhedsundervisningsaktiviteterne. IMCC vil deltage i styringsgruppens møder som observatører og konsulenter, men vil trække sig ud i løbet af 2005.

1.4.1 Hospitalspersonalet og evt. IMCC deltager i minimum et årligt landsbymøde som støtte til landsbysundhedsarbejderne. IMCC deltager ikke nødvendigvis hvert år, men er med sidste gang i 2005.

1.6.1 I forbindelse med de årlige generalforsamlinger for OCISMA vil IMCC gradvis udfase sin økonomiske støtte over årene, således at IMCC kun betaler 10% af udgifterne i 2005.

1.8.2 Skoleundervisningsprogrammet varetages fortrinsvist af skole- og sundhedsinstitutionerne, men IMCC vil deltage i møder og supervisioner frem til 2005. I løbet af perioden er det dog tanken, at IMCC mindre og mindre skal deltage i møderne. Det bliver skole- og sundhedsinstitutionerne, der står for udførelsen af aktiviteterne.

1.9.1 IMCC deltager i COMUSAs møder, som ekstramedlem med stemmeret så længe IMCC arbejder i Azurduy kommune.

Kommunen betaler ifølge kontrakt med IMCC fra 2003 100% af landsbysundhedsarbejdernes kursusprogram. Det samme vil ske gradvis over årene 2003 til 2005 med landsbyledernes seminarer

og OCISMA's generalforsamling, således at disse gradvist vænnes til at selv at opsøge midler hos kommune og kirke mv. Med hensyn til undervisning af lærer i sundhed og sundhedsundervisning i skolerne vil IMCC ikke kræve kontraparte fra kommunen for ikke at skabe en rivaliserende udgift til landsbysundhedsarbejderkurserne. Derfor udfases disse aktiviteter i 2005 ved, at der indgås en aftale mellem sundheds- og skolevæsen, samt kommunen om, at sundhedsundervisningen i skolerne vil fortsætte, samtidig med at lærerne vil få et kort årligt opfriskningskursus i sundhedsundervisning i forbindelse med de traditionelle semester møder i Azurduy by.

Det grundlæggende er, at de lokale institutioner magter at føre de vigtigste aktiviteter videre. Da området i forvejen er ressourcefattigt, er det ikke IMCC's hensigt at påføre det unødige udgifter. Som nævnt ovenfor tilstræbes, derfor at en del af aktiviteterne føres videre uden økonomiske midler forpligtet/formidlet via skriftlige overenskomster og aftaler de lokale institutioner imellem. På denne måde opnås bedst en viden i lokalsamfundet, om de andres forpligtelser og de aktiviteter, som alle skal føre videre. Derved har Comité de Vigilancia mulighed for at føre kontrol med de lokale partners forpligtelser. Da, der i forvejen er tradition for at yde en indsats uden økonomiske midler og da aktiviteterne falder ind under de lokale strukturer og forpligtelser vil dette sikre at aktiviteterne videreføres.

4. Implementering

4.1 Implementeringsstrategi

Projektet kan grundlæggende inddeles i tre faser; indkøringsfasen, implementeringsfasen og exitfasen.

Under indkøringsfasen hører følgende aktiviteter, der fortrinsvis foregår i 2003:

- Opstart af undervisningsprogrammer (skole og LSA)
- Udarbejdelse af undervisningsmateriale (skole og LSA)
- Investerings og sundhedsplan udarbejdes
- Ansættelse af kvindelig boliviansk sociolog/antropolog
- Analyse af kvinders forhold og viden
- Kvindelig LSA på landsbybesøg for at rekruttere kvindelig LSAere
- Udarbejdelse af et kvantitativt og kvalitativt monitoreringssystem

Fasen vil ikke nødvendigvis blive lang, idet IMCC allerede er veletableret i området, samt at mange af aktiviteterne kører videre fra forrige projektperiode. Begrundelsen for at disse aktiviteter udføres i indkøringsfasen består i, at disse aktiviteter er nødvendige for at muliggøre implementeringen af senere aktiviteter.

Implementeringsfasen forløber over 2003 til 2005 og har følgende aktiviteter:

- Undervisningsprogrammer for skoler og landsbysundhedsarbejdere gennemføres
- Styregruppen udarbejder og evaluerer hvert år undervisningsprogrammerne
- Investeringsplan og sundhedsplan følges og evalueres
- Landsbyopfølgingsaktiviteter iværksættes og udføres
- Kvindeprojekter iværksættes med afsæt i kvindeanalysen
- Årlige studieture for OCISMA
- Der foregår løbende evaluering af projektets aktiviteter

Rækkefølgen begrundes i, at det efter opstarten vil være muligt at iværksætte ovennævnte aktiviteter inden for en relativ kort periode. Da projektperioden er relativ kort anses det for nødvendigt, allerede i 2003 at påbegynde implementeringen. Dertil kommer at flere af aktiviteterne ligger i forlængelse af aktiviteter fra projektperioden 1998-2003.

Exitfasen forløber over 2005 til 2006 og har følgende aktiviteter:

- IMCC udfaser sin deltagelse i samtlige aktiviteter
- Slutevaluering af projektet 2003-2006
- Samlet evaluering over projekterne 1992-2006
- Nedlukning af projekt, herunder donation af bil, hus mv.

Fasen vil strække sig over en periode på cirka et $\frac{3}{4}$ år. For at sikre den bedst mulige exit for projektet påbegyndes udfasning allerede i 2005. Evalueringerne ligger ligeledes til sidst, da de dermed kan indsamle flest mulige erfaringer og resultater.

4.2 Implementeringsplan

Tabel I: Aktivitetsplan for IMCCs primære sundhedsprojekt i Azurduy 2003-2006.

Aktiviteter	2003	2004	2005	2006
Aktivitet 1.1.1	Styregruppens arbejdsopgaver og forpligtelser accepteres af alle inkl. SEDES. IMCC deltager i styregruppens møder. Der planlægges undervisningsaktiviteter for 2003 og 2004. Der lægges en langsigtet plan fra 2003 til 2005.	IMCC deltager som observatør i styregruppens møder, hvor der planlægges undervisningsaktiviteter for 2004 og 2005. Der følges op på den langsigtede plan 2003-2005. Styregruppen opfylder forpligtelser mht. møder og rapporter	IMCC udfaser deltagelse i styregruppens møder. Styregruppen opfylder forpligtelser mht. møder og rapporter. Planlægges undervisningsaktiviteter for 2005 og 2006. Endvidere lægges en langsigtet plan for 2005 og til 2010, som godkendes af SEDES.	Styregruppen opfylder forpligtelser mht. møder og rapporter. Planlægges undervisningsaktiviteter for 2006 og 2007. Evaluerer ud fra den langsigtede plan fra 2005. IMCC træder ud af styregruppen.
Aktivitet 1.2.1	Støtte til udarbejdelse af nationale sundhedsprogrammernes tilpasning til lokale omstændigheder. Herunder udarbejdelse af undervisningsmateriale.	Ud fra evalueringen af det i 2003 udarbejdede materiale ydes støtte til implementering af nationale sundhedsprogrammer og evt. revision af materialet inden for LSA-regi.	IMCC påbegynder udfasning af støtte, og sætter fokus på evaluering i forhold til effekten. I fællesskab med SEDES evalueres erfaringerne fra det tilpassede materiale. De lokale sundhedsmyndigheder forpligter sig til fortsat at implementere de tilpassede nationale sundhedsprogrammer.	IMCC udfaser aktivitet.
Aktivitet 1.3.1	Styregruppen for ESMP-enheden planlægger og udarbejder materiale til LSA kurser i de to kommuner for perioden 2003 til 2004. Desuden lægges en langsigtet kursusplan indtil 2007	Styregruppen for ESMP-enheden planlægger og udarbejder materiale til LSA kurser i de to kommuner for perioden 2004 til 2005. Der følges op på den langsigtede plan.	Styregruppen for ESMP-enheden planlægger og udarbejder materiale til LSA kurser i de to kommuner for perioden 2005 og 2006. Der følges op på den langsigtede kursusplan indtil 2007. Samtidig udarbejdes i fællesskab med kommune, hospital og SEDES en undervisningsplan/aftale til 2010.	Styregruppen for ESMP-enheden planlægger og udarbejder materiale til LSA kurser i de to kommuner for perioden 2006 til 2007 og følger på den langsigtede plan 2005-2007.
Aktivitet 1.3.2	Hospitalspersonale fra hver kommune forpligtiger sig til og afholder et centralt storkursus og et kursus i hver zone årligt i perioden 2003 til 2007	Hospitalspersonale fra hver kommune afholder et centralt storkursus og et kursus i hver zone. Erfaringerne fra 2003 inddrages i planlægningen.	Hospitalspersonale fra hver kommune afholder et centralt storkursus og et kursus i hver zone. Erfaringerne fra de forrige år inddrages i planlægningen.	Hospitalspersonale fra hver kommune afholder et centralt storkursus og et kursus i hver zone, hvor tidligere erfaringer inddrages.
Aktivitet 1.4.1	Hospitalspersonalet og evt. IMCC deltager i min et årligt landsbymøde som støtte til LSA.	Hospitalspersonalet og evt. IMCC deltager i min et årligt landsbymøde som støtte til LSA. Deltagelsen skal	Hospitalspersonalet og evt. IMCC deltager i min et årligt landsbymøde som støtte til LSA. Deltagelsen	Hospitalspersonalet deltager i min et årligt landsbymøde som støtte til LSA

Aktiviteter	2003	2004	2005	2006
		være i landsbyer, der endnu ikke er blevet besøgt og erfaringerne inddrages fra 2003.	skal være i landsbyer, der endnu ikke er blevet besøgt. Erfaringer inddrages fra de forrige år og hospitalet forpligter sig til at fortsætte med jævnlige deltagelse i landsbymøder til støtte for LSA.	
Aktivitet 1.5.1	Hospitalspersonalet afholder CAI-comunales min. en gang i hver af de seks zoner i Azurduy kommune	Hospitalspersonalet afholder CAI-comunales min. en gang i hver zone i Azurduy-kommune. Erfaringer fra forrige år inddrages og det evalueres om tiltagene har hjulpet.	Hospitalspersonalet afholder CAI-comunales min. en gang i hver zone i kommunen og erfaringer fra tidligere inddrages og evalueres. CAI-comunales i perioden 2003 til 2005 evalueres i fællesskab ml. SEDES, Hospitalet, landsbyerne og IMCC	Hospitalspersonalet afholder CAI-comunales min. en gang årligt i hver zone i Azurduy kommune. Systemet fortsætter baseret på de forrige års erfaringer og evalueringer.
Aktivitet 1.6.1	Styregruppen planlægger og udfører uddannelsesprogram for hospitalspersonalet.	Styregruppen planlægger og udfører uddannelsesprogram for hospitalspersonalet, som tager udgangspunkt i evalueringen fra forrige år, samt personalets behov.	Styregruppen planlægger og udfører uddannelsesprogram for hospitalspersonalet, som tager udgangspunkt i evalueringen fra forrige år, samt personalets behov.	
Aktivitet 1.7.1	Udarbejdelse af uddannelsesprogram for sundhedsundervisning i skolerne i Azurduy kommune ved hospitalspersonale, uddannelsessektoren og IMCC			
Aktivitet 1.7.2	Begyndende implementering af sundhedsundervisning i skolerne i Azurduy kommune. Et kursus afholdes for lærerne i Azurduy. Lærerne sætter de første timer af til sundhedsundervisning i skoleskemaet. Skolemyndighederne forpligter sig til at have sundheds-undervisning på skemaet fremover. Der lægges i fællesskab en strategi og plan for perioden 2003 til 2005 for at opnå	To kurser for lærerne i sundhedsundervisning gennemføres på baggrund af evalueringen fra 2003. Sundhedsundervisningen i skolen fortsættes og udbygges såfremt en evaluering tilråder det. Der udbygges med mere materiale til pædagogisk undervisning.	To kurser for lærerne i sundhedsundervisning afholdes i Azurduy på baggrund af evalueringerne fra de forrige år. Undervisningen i skolen fortsætter og resultater og erfaringer udveksles med andre skolemyndigheder i Sucre. Der fastlægges en undervisningsplan fra 2005 og fremover.	Sundhedsundervisningen i skolerne i Azurduy kommune fortsætter som fastlagt i planen fra 2005.

Aktiviteter	2003	2004	2005	2006
	undervisningsprogrammets mål.			
Aktivitet 1.8.1	Afholdelse af opstarts-møder i COMUSA, herunder udarbejdelse af 3-årig investeringsplaner og deltagelse i det årlige sundhedsbudget planlægning.	Afholdelse af møder i COMUSA, herunder deltagelse i det årlige sundhedsbudget planlægning og revision af den 3 årlige investeringsplan	Afholdelse af møder i COMUSA, herunder deltagelse i det årlige sundhedsbudget planlægning. Investeringer afsluttes.	Afholdelse af møder i COMUSA, herunder deltagelse i det årlige sundhedsbudget planlægning.
Aktivitet 2.1.1	Afholdelse af 4 årlige møder, herunder planlægning af opfølgingsaktiviteter for landsbyprojekter og udarbejdelse af investeringsplan.	Afholdelse af 4 årlige møder, herunder planlægning af opfølgingsaktiviteter for landsbyprojekter og investeringsplan 2003-5.	Afholdelse af 4 årlige møder, herunder planlægning af opfølgingsaktiviteter for landsbyprojekter og investeringsplan 2003-5.	Afholdelse af 4 årlige møder.
Aktivitet 2.1.2	Afholdelse af årligt fremtidsværksted med lokale autoriteter og NGO'er mht. udarbejdelse af generel sundhedsplan 2003 til 2006.	Afholdelse af årligt fremtidsværksted med lokale autoriteter og NGO'er mht. revision og evaluering af generel sundhedsplan 2003 til 2006.	Afholdelse af årligt fremtidsværksted med lokale autoriteter og NGO'er mht. revision og evaluering af generel sundhedsplan 2003-2006.	Evalueringsmøde omkring den generelle sundhedsplan for perioden 2003 til 2006.
Aktivitet 2.2.1	Afholdelse af årlig generalforsamling for LSA i Azurduy, arrangeret af LSAernes organisation. Sundhedssystemet, kommunen og landsbylederne er repræsenteret og diskuterer eventuelle problemer og muligheder i forgangne år. IMCC giver tilskud på 50% af udgifter.	Afholdelse af årlig generalforsamling for LSA i Azurduy. Sundhedssystemet, kommunen og landsbylederne er repræsenteret og diskuterer eventuelle problemer og muligheder i forgangne år. Der følges op på om løsningerne fra 2003 er overholdt. IMCC giver tilskud på 25% af udgifter.	Afholdelse af årlig generalforsamling for LSA i Azurduy. Sundhedssystemet, kommunen og landsbylederne er repræsenteret og diskuterer eventuelle problemer og muligheder i forgangne år. Der følges op på om løsningerne fra 2004 er overholdt. IMCC giver ikke tilskud.	Afholdelse af årlig generalforsamling for LSA i Azurduy. Sundhedssystemet, kommunen og landsbylederne er repræsenteret og diskuterer eventuelle problemer og muligheder i forgangne år. Der følges op på om løsningerne fra 2005 er overholdt. IMCC arbejder ikke længere i Azurduy.
Aktivitet 2.2.2	Første udveksling af erfaringer med andre organisationer, der arbejder med LSA på en studietur, planlagt af styregruppen og OCISMA-bestyrelsen.	Udveksling af erfaringer med andre organisationer, der arbejder med LSA på en studietur, planlagt af styregruppen og LSA bestyrelsen. Studieturen tilrettelægges ud fra sidste års erfaringer.	Sidste udveksling af erfaringer med andre organisationer, der arbejder med LSA på en studietur eller en workshop, planlagt af styregruppen og LSA bestyrelsen. Erfaringerne fra de tidligere udvekslinger inddrages i planlægningen og udvekslingen.	
Aktivitet 2.3.1	Afholdelse af regelmæssige interinstitutionelle møder i Azurduy, Sucre og La Paz (landefora)	Afholdelse af regelmæssige interinstitutionelle møder i Azurduy, Sucre og La Paz (landefora)	Afholdelse af regelmæssige interinstitutionelle møder i Azurduy, Sucre og La Paz (landefora)	Møder afholdes med relevante myndigheder i forbindelse med projektet og erfaringer

Aktiviteter	2003	2004	2005	2006
				videregives.
Aktivitet 2.3.2	Aktivt medlemskab i UNISUR	Aktivt medlemskab i UNISUR	Aktivt medlemskab i UNISUR	Udmeldelse af UNISUR, men IMCCs San Lucas projekt fortsætter sit medlemskab.
Aktivitet 2.4.1	Afholdelse af ansættelsessamtaler og udarbejdelse af specifik arbejdsbeskrivelse for kvindelig sociolog/antropolog			
Aktivitet 2.5.1	Opstart af planlagte opfølgingsaktiviteter ved boliviansk kvindelig sociolog og kommune	Gennemførelse af planlagte opfølgingsaktiviteter ved boliviansk kvindelig sociolog og kommune	Afslutning af planlagte opfølgingsaktiviteter ved boliviansk kvindelig sociolog og kommune	
Aktivitet 2.6.1	Udarbejdelse af analyse af kvinders forhold i udvalgte landsbyer ved sociolog og konsulent mhp. planlægning af aktiviteter målrettet mod kvinder.			
Aktivitet 2.6.2	Forberedelse af kvindeaktiviteter på baggrund af analysen af kvinders forhold. Plan udarbejdes for kvindeaktiviteter 2003-2005.	Opstart af aktiviteter målrettet imod kvinder i henhold til planen.	Implementering af aktiviteter målrettet imod kvinder, der bygger på erfaringer og evalueringer af de planlagte og allerede udførte aktiviteter	Udfasning og afslutning af kvindeaktiviteter.
Aktivitet 2.6.3	Deltagelse af kvindelig LSA i styregruppens landsbybesøg, mhp. at rekruttere kvindelige LSA.	Deltagelse af kvindelig LSA i styregruppens landsbybesøg, mhp. at rekruttere kvindelige LSA. Aktiviteterne tilrettelægges efter erfaringerne gjort ved rundturen i 2003.	Opfølgning på om, der faktisk er kommet flere kvindelig LSAere.	
Aktivitet 2.7.1	Afholdelse af årligt seminar for landsbyledere arrangeret af kommunen og bondefagforeningen, men 75% betalt af IMCC.	Afholdelse af årligt seminar for landsbyledere arrangeret af kommunen og bondefagforeningen, men 50% betalt af IMCC.	Afholdelse af årligt seminar for landsbyledere arrangeret af kommunen og bondefagforeningen, men 25% betalt af IMCC.	Afholdelse af årligt seminar for landsbyledere arrangeret af kommunen og bondefagforeningen uden midler fra IMCC.
Aktivitet 2.8.1	IMCC deltager i de afholdte bestyrelsesmøder for Det multifunktionelle hus	IMCC deltager i de afholdte bestyrelsesmøder for Det multifunktionelle hus	IMCC deltager i de afholdte bestyrelsesmøder for Det multifunktionelle hus	IMCC trækker sig ud af bestyrelsen
Aktivitet a	Udvikling af et kvalitativt og kvantitativt monitoreringssystem ved eksterne bolivianske konsulenter (evt. også et KAP-studie)			
Aktivitet b	Løbende årlig	Løbende årlig	Løbende årlig	Slutevaluering ved

Aktiviteter	2003	2004	2005	2006
	projektevaluering ved bolivianske konsulenter	projektevaluering ved bolivianske konsulenter	projektevaluering ved bolivianske konsulenter	bolivianske konsulenter
Aktivitet c				Der udarbejdes i 2008 en samlet skriftlig vurdering på spansk og dansk over IMCCs effekt og erfaringer fra 13 års arbejde i Azurduyprovinsen ved de bolivianske konsulenter, en dansk konsulent og en IMCCer.
Aktivitet d	IMCC udarbejder sammen med bolivianske samarbejdspartnere halvårsrapporter, statusrapport 2003 og månedlige rapporter (fagbreve)	IMCC udarbejder sammen med bolivianske samarbejdspartnere halvårsrapporter, statusrapport 2004 og månedlige rapporter (fagbreve)	IMCC udarbejder sammen med bolivianske samarbejdspartnere halvårsrapporter, statusrapport 2005 og månedlige rapporter (fagbreve)	IMCC udarbejder sammen med bolivianske samarbejdspartnere en halvårsrapport og månedlige rapporter (fagbreve). Desuden udarbejdes en afslutningsrapport til Danida.
Aktivitet e	IMCC kasserer udarbejder månedsregnskaber og årsregnskab 2002-03 og konsulterer ekstern dansk/boliviansk revisor	IMCC kasserer udarbejder månedsregnskaber og årsregnskab 2003-04 og konsulterer ekstern dansk/boliviansk revisor	IMCC kasserer udarbejder månedsregnskaber og årsregnskab 2004-05 og konsulterer ekstern dansk/boliviansk revisor	IMCC kasserer udarbejder månedsregnskaber og årsregnskab 2005-06 og konsulterer ekstern dansk/boliviansk revisor
Aktivitet f	Uddannelse af danske projektmedarbejdere i forbindelse med udsendelse 2003 til 2004.	Uddannelse af danske projektmedarbejdere i forbindelse med udsendelse 2004 til 2005.	Uddannelse af danske projektmedarbejdere i forbindelse med udsendelse 2005.	
Aktivitet g	Styrkelse af PR i Danmark, herunder udarbejdelse af artikler om ulandsarbejde/området, der publiceres i danske medicinertidsskrifter	Der publiceres artikler i danske medicinertidsskrifter eller andre blade om området eller ulandsarbejde.	Der publiceres artikler i danske medicinertidsskrifter eller andre blade om området eller ulandsarbejde.	Der publiceres artikler omkring IMCCs arbejde i Azurduy gennem 13 år, samt om nedlukningsprocessen og evt. ulandsarbejde generelt.
Aktivitet h			Biler og hus gøres klar til donation og aftaler i forbindelse med nedlukning udarbejdes.	Nedlukning af projektet, dvs. donering af hus, bil mv.
Overførsel af midler fra Danida				
Total	2003	2004	2005	2006
4.200.000	1.286.000	1.342.500	1.300.000	271.500

4.3 Projektorganisation

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

4.3.1. ESMP-styregruppen og ESMP-enheden

Denne gruppe der består af kommunelæge, kommunesygeplejerske, sygehjælper, ESMP-sygeplejerske, IMCC, repræsentant fra OCISMA og en repræsentant fra Comité de Vigilancia er ansvarlig for den daglige planlægning og implementering af uddannelsesprogrammet for LSAer, samt registrering og supervision.

4.3.2 COMUSA

Den lokale sundhedskomiteé består af borgmesteren, cheflægen for kommunen og en repræsentant fra comité de vigilancia. Efter ønske fra byråd og borgmester er denne komité udvidet med IMCC, en repræsentant fra bondefagforeningen, præfekten og borgerrådet (Comité Cívico.) Komitéen planlægger at mødes 4 gange årligt og er ansvarlig for kommunens sundhedsbudget og samarbejdet mellem kommune og hospital. Denne gruppe er også involveret i projektet ved at lave investeringsplaner, og tilrettelægge opfølgning på landsbyprojekter i fællesskab med den bolivianske kvindelige projektmedarbejder.

4.3.3 SEDES

De regionale sundhedsmyndigheder har ligeledes et medansvar for projektet. SEDES kan supervisere IMCCs aktiviteter når det ønskes. Normalt vil dette ske via halvårslige rapporter fra IMCC/styregruppen, som fremlægges til åben diskussion.

4.3.4 Kvindelig boliviansk sociolog.

Den quechuatalende kvindelige sociolog arbejder primært med den del af projektet der beskæftiger sig med kvinde aspektet, samt i denne fase opfølgningsaktiviteter for landsbyprojekterne. Vi har gode erfaringer fra den igangværende periode med denne samarbejdsrelation.

4.3.5 OCISMA

OCISMA er LSAernes organisation der blev oprettet i 1999, og er legaliseret juridisk, hvilket betyder at de kan søge midler til egne projekter.

Alle LSAer er automatisk medlem, der betales ikke medlemsbidrag og organisationen er upolitisk. Der er en årligt valgt bestyrelse med formand, kasser osv. Bestyrelse er ansvarlig for planlægning og afholdelse af årlig generalforsamling. I denne sidste projektfase arbejdes med styrkelse af denne organisation, så den bliver i stand til at tale målgruppens sag og stille krav til sundhedsvæsen og kommune mht. emner der vedrører sundhed og uddannelse af LSAer.

4.3.6 Bondefagforeningen

Bondefagforeningen er ansvarlig for organiseringen i landsbyerne og disses LSAer.

Bondefagforeningen er bøndernes permanente og generelt accepterede organisation i samtlige landsbyer i Azurduyprovinsen. Den er ikke parti-politisk og alle bønder er automatisk medlem, men kvinder er meget svagt repræsenteret. Der betales ikke medlemsbidrag.

4.3.7 IMCC

IMCCs overordnede rolle er at tilse, at projektdokument og samarbejdsaftaler følges. Endvidere tilser IMCC, at de opstillede retningslinier for investeringer følges. Derudover bidrager IMCC med sundhedsfaglig og pædagogisk viden i det daglige projektarbejde.

4.3.8 IMCC i Danmark

De udsendte IMCCere står til ansvar for IMCCs Ulandsgruppe i Danmark, der er øverste danske projektmyndighed. IMCCs Ulandsgruppe, ca. 30-40 mennesker, består af hjemvendte og

kommende udsendte IMCCere. Der er en årligt valgt formand, og projektgrupper, der tager sig af specifikke problemstillinger for de enkelte projekter.

4.4 Monitorering og rapportering

4.4.1 Fagbreve

De udsendte IMCCere sender hver eller hver anden måned skriftlige redegørelser, *fagbreve*, til IMCC Danmark, hvor implementeringen af projektets aktiviteter beskrives og diskuteres. Samtidig kan eventuelle problemer tages op. IMCCs Azurduy gruppe i Danmark holder i forbindelse med fagbrevene gruppemøder, hvor der diskuteres og svares på fagbrevene fra arbejdet i Azurduy. På denne måde fungerer fagbrevene som en intern løbende monitorering af projektet. (evt. mere om godkendelsesprocedurer og hjemmegruppens opgaver)

4.4.2 Halvårsrapporter

IMCC udarbejder, i samarbejde med de lokale samarbejdspartnere, halvårsrapporter på spansk, der fremlægges lokalt såvel som regionalt for sundhedsmyndighederne og andre relevante parter. Herudover afleveres kopier til sundheds- og udenrigsministeriet på nationalt niveau i henhold til samarbejdsaftalerne med disse. Rapporterne afleveres desuden til Den danske Ambassade i Bolivia, samt Danida.

Rapporterne evaluerer fremskridt i forhold til opsatte mål og fungerer herigennem som en løbende evaluering. Ved de halvårlige fremlæggelser lægges der op til åbne diskussioner og forslag til ændringer. På denne måde vil samtlige samarbejdspartnere blive involveret i projektets monitorering og evaluering. Rapporterne kan således også ses, som et bindeled mellem IMCC og lokale og regionale samarbejdspartnere. Yderligere vil der blive lagt vægt på, at sundhedsmyndighederne gennem rapporterne vil få den nødvendige indsigt i projektet, til at kunne overføre dele af erfaringer og aktiviteterne til andre områder, hvor IMCC ikke er til stede. Herved opstår muligheder for en spredningseffekt.

4.4.3 Statusrapporter

Hvert år indsendes statusrapporter til Danida. Disse fungerer som monitoreringsinstrument for IMCC og Danida og udgør en årlig vurdering af projektets implementering og økonomi.

4.4.4 KAP-studie

Det er afgørende at projektet tilrettelægges, monitoreres og evalueres, at der søges fyldestgørende information om målgruppens begrebsdannelse, viden, tro, holdninger og praksis mv. Derfor vil der i forbindelse med de bolivianske projektkonsulenters første evaluering i 2003 udarbejdes et såkaldt KAP-studie (Knowledge, Attitudes and Practices). IMCC har tidligere i Azurduy gjort erfaringer med udarbejdelse af sådanne studier og disse erfaringer vil blive inddraget i udarbejdelsen af dette studie for at sikre den bedste kvalitet og brugbarhed. Rationalet bag gennemførelsen af et KAP-studie er opfattelsen af, at ændringer i viden og holdninger er intermediære trin i en beslutningsproces hen imod en ændret adfærd.

Formålet med KAP-studiet vil være:

- At skaffe information om viden, holdninger og praksis i forbindelse med sundhed i projektområdet.
- At skabe et grundlag for en senere evaluering af projektet.
- At skabe et grundlag for sammenligning med tidligere projektperioder i Azurduyprovinsen.

- At videregive informationerne til målgruppen og lokale, såvel som regionale samarbejdspartnere.

4.4.5 Projektkonsulenter

Azurduy-projektet vil løbende gøre brug af det bolivianske konsulentfirma, *Consultora Sur*, som IMCC-Azurduy tidligere har anvendt med godkendelse fra Danida. De bolivianske konsulenter skal udarbejde et monitoreringssystem for projektet 2003-2006, som de derefter evaluerer løbende, minimum en gang om året. Evalueringen består i årlige rapporter på spansk med et engelsk resumé. Konsulenter skal løbende monitorere projektets aktiviteter i forhold til implementering og effekt.

4.4.6 Afsluttende rapport for IMCCs effekt i Azurduy-provinsen

I år 2008 vil der blive udarbejdet en evalueringsrapport (impactstudie) over IMCC-projekternes aktiviteter og effekt i Azurduy-provinsen i perioden 1993-2006. Denne udarbejdes i fællesskab mellem en dansk lægefaglig konsulent, IMCC og *Consultora Sur*. Der søges særskilt midler til udarbejdelsen af denne rapport.

4.5 Budget og finansiering

Tabel II: Budget for IMCCs primært sundhedsprojekt -Azurduy 2003-2006. Alle tal er i DKK

Budget for projekt 2003 til 2006		1/4 2003 til 31.3 2006			
	Total	2003	2004	2005	2006
Aktiviteter	495.000	165.500	149.500	138.000	42.000
Uddannelse og supervision af LSA	94.000	54.500	31.000	8.500	-
Undervisning i skoler	101.000	39.000	33.000	26.000	3.000
Landsby og kvindeprojekter	48.000	14.500	17.000	16.000	500
Kurser for sundhedspersonale	12.000	3.000	4.000	4.000	1.000
NGO møder	14.000	4.500	4.500	4.500	500
Investeringer	150.000	50.000	60.000	40.000	-
Udfasnings aktiviteter	76.000	-	-	39.000	37.000
Investeringer	46.000	24.000	19.000	3.000	-
ESMP-enheden	16.000	10.000	6.000	-	-
Kontorudstyr	20.000	10.000	10.000	-	-
Inventar Multifunktionelle hus	10.000	4.000	3.000	3.000	-
Udsendte medarbejdere	2.085.000	626.000	697.000	697.000	65.000
Udsendelsesomkostninger	1.235.000	346.000	412.000	412.000	65.000
Rekruttering og forberedelse	850.000	280.000	285.000	285.000	-
Lokale medarbejdere	218.000	80.500	57.500	61.500	18.500
Antropolog løn	152.000	40.500	47.000	51.000	13.500
Andre lokale ansatte	66.000	40.000	10.500	10.500	5.000
Lokal administration	624.000	198.500	203.000	189.000	33.500
Bolig, vedligehold og drift	50.000	19.500	14.500	14.500	1.500
Transportmidler, brug og vedligehold	373.000	124.000	124.000	110.000	15.000
Lokale rejser og hotel/hus i Sucre	147.000	38.000	49.000	49.000	11.000
Kontorhold & kommunikation	54.000	17.000	15.500	15.500	6.000
Projekt- og programrelateret oplysning i Danmark	43.000	16.000	16.000	11.000	-
Hvervekampagner og materialer	24.000	8.000	8.000	8.000	-
Kurser, foredrag og udstilling	9.000	3.000	3.000	3.000	-
Ad hoc ansættelse (journalist, reklamebureau)	10.000	5.000	5.000	-	-
Projekttilsyn	94.500	2.500	45.500	45.500	1.000
Årlig evaluering/tilsyn	85.000	-	42.500	42.500	-
Løbende kontakt til bolivianske konsulenter	9.500	2.500	3.000	3.000	1.000
Evaluering	97.500	50.000	-	-	47.500
Start og slutevaluering, samt monitoreringssystem	97.500	50.000	-	-	47.500
Budgetmargin 7 %	259.000	70.000	80.000	80.000	29.000
Revision i Danmark	78.000	13.000	25.000	25.000	15.000
Årsregnskab og revision	78.000	13.000	25.000	25.000	15.000
Administration i Danmark 3,96%	160.000	40.000	50.000	50.000	20.000
Total	4.200.000	1.286.000	1.342.500	1.300.000	271.500

4.6 Regnskaber og revision

4.6.1 Budgetudarbejdelse og retningslinier for regnskaber

4.6.2 IMCC-kasserere

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

- Bogføre og afstemme kasserapporter på månedsbasis ud fra bilagsdokumentation
- Lave løbende budgetopfølgning.
- Udarbejde/revidere budget for det kommende år og forelægge for andre IMCCere til godkendelse.

Specielt for kassereren i Bolivia:

- Hver måned sendes en kopi af kasser rapporten til kassereren i Danmark sammen med en opdateret oversigt over forbruget på alle konti.
- Der udarbejdes detaljeret aktivitetsbudgettering, som der følges op på mindst en gang om måneden. Opfølgningen videregives til andre udsendte IMCCere og relevante samarbejdspartnere, såfremt nødvendigt.

Der anvendes Edb-bogføring både i Danmark og Bolivia. Bogføringsprogrammet er tilpasset Danidas krav for oplysning om økonomi.

4.6.3 Årsregnskab og revision

Regnskabsåret følger kalenderåret med følgende undtagelser:

- Første regnskabsår 2003 er på 9 måneder, idet 3. projektperiode begynder den 1. april 2003.
- Sidste regnskabsår 2005-6 er på 15 måneder, idet 3. projektperiode slutter 31. marts 2006.

Ved regnskabsperiodens afslutning samles regnskabet fra kassereren i Danmark og kassereren i Azurduy. Det samlede regnskab revideres derefter af en anerkendt revisor i Danmark. Efter godkendelse i IMCCs Ulandsgruppe, forelægges regnskabet dernæst Danida til godkendelse. Revisor vil derudover føre udvidet revision i overensstemmelse med Danidas retningslinier.

4.7 Projektgennemgange og evaluering

Projektet evalueres en gang hvert år af Consultora Sur i vinterhalvåret (juni-august). Den første evaluering i 2003 inkluderer udarbejdelsen af et KAP-studie.

Derudover gennemgås projektets aktiviteter og udvikling hvert halve år i forbindelse med offentliggørelsen af de såkaldte halvårsrapporter. Disse udfærdiges juni/juli og december/januar. Slutevaluering vil ligge i januar-februar 2006. Den overordnede evaluering af IMCCs arbejde i området vil blive fortaget primo 2006.

5. Revision af projektdokumentet

Projektdokumentet er udarbejdet af IMCCs personel såvel i Danmark, som Bolivia og er blevet revideret af de lokale samarbejdspartnere. Der er yderligere søgt rådgivning hos Projektrådgivningen og den danske lægefaglige konsulent, der har været knyttet til projektet i perioden 1998-2003.

Såfremt, at der i løbet af projektføreløbet opstår behov for at ændre i projektet, vil disse blive udarbejdet i et samarbejde mellem IMCC og dets samarbejdspartnere, de bolivianske konsulenter, samt efter rådføring hos Danida eller Projektrådgivningen.

Projektelementer	Resultater/Output	Indikatorer	Aktiviteter	Inputs	Antagelser
Overordnet mål					
En forbedret sundhedstilstand for befolkningen i Azurduy provinsen, specielt for børn under 5 år og kvinder.		Børne-morbiditet og mortalitet reduceret, anskueliggjort ved offentlige statistikker, og via evalueringer. Reduceret mødre-morbiditet og mortalitet i forbindelse med graviditet og fødsler.			
Projektmål					
1. Styrkelse af det eksisterende sundhedssystem, specielt mht. undervisning i sundhed og sygdom.	1.1 ESMP-enheden anerkendt og velfungerende, såvel lokalt som regionalt, således at den er i stand til at planlægge og implementere kursusaktiviteter.	Hver anden måned afholdt møder med styregruppen med 80% deltagelse, hvorfra der foreligger referat. Hospitalpersonalet deltager i ESMP enhedens arbejde.	1.1.1 IMCC deltager i styregruppens møder. Styregruppen opfylder sine forpligtelser ifølge vedtægterne, mht. møder og rapporter.	Midler til kontorhold og vedligeholdelse af lokaler afholdt af kommunen Opretholdelse af stilling fra SEDES	De regionale sundhedsmyndigheder betaler en stilling til bemanning af enheden. Lokale autoriteter og hospitalpersonalet respekterer og deltager aktivt i styregruppen.
	1.2 Forbedret implementering af nationale sundhedsprogrammer via LSA i Azurduy-provinsen, således at sundhedsprogrammerne også implementeres i det dårligt organiserede Azurduyområde.	Øget viden hos målgruppen om nationale sundhedsprogrammer (SBS, AIEPI, Adolescentes m.v.) synliggjort via årlige evalueringer ved bolivianske konsulenter Flere undersøgelser af gravide, samt flere fødsler på hospitalet.	1.2.1 Støtte implementering af nationale sundhedsprogrammer, herunder tilpasning til de lokale omstændigheder (AIEPI, Adolescentes, SBS). Udarbejdelse af tilpasset materiale.	Midler til udarbejdelse af tilpasset materiale, evt. tidsbegrænset ansættelse af konsulent, samt supplerende undervisning.	
	1.3 To til fire LSA uddannet i hver landsby i Azurduy provins	Afholdt minimum to årlige kurser, et central kursus og et kursus i hver zone. Registrering af kursusdeltagelse og aktiviteter for hver enkelt LSA	1.3.1 Styregruppen for ESMP-enheden planlægger og udarbejder materiale til LSA kurser i de to kommuner. 1.3.2 Hospitalpersonalet fra hver kommune afholder et centralt storkursus og et kursus i hver zone årligt.	Midler til udstyr til LSA, midler til transport, forplejning og materialer Midler til materialer, undervisning, transport og forplejning afholdt af IMCC og kommune efter en forud aftalt fordelingsnøgle.	LSA er villige til at deltage i kurserne. Hospitalpersonalet deltager aktivt i implementering af uddannelsesprogram

	1.4 LSAs viden videregivet til landbefolkningen, sådan at kendskabet til nationale programmer udbredes.	Minimum to årlige forebyggende sundhedstaler afholdt af LSA i deres respektive landsbyer med deltagerliste der medtager deltagelse af mænd og kvinder	1.4.1 Hospitalspersonalets og evt. IMCC deltager i min 1 årligt landsbymøde som støtte til LSA.	Midler til transport, forplejning og materialer ved SBS og IMCC. Midler til diæter ved kommunen	Landbefolkningen anerkender LSA og giver dem taletid på landsbymøderne.
	1.5 Alle LSA registreret to gange om året, for at sikre den bedst mulige kontinuitet og kommunikation i det nationale sundhedsprogram for landsbysundhedsarbejdere	Afholdt CAI – comunales min. 1 gang om året, herunder registrering af kursusdeltagelse, patientkontakter og antal udførte sundhedstaler for hver enkelt LSA.	1.5.1 Hospitalspersonale afholder CAI – Comunales minimum 1 gang om året i hver zone.	Midler til transport, forplejning og materialer ved SBS og IMCC	Sundhedspersonalet anerkender vigtigheden af og deltager aktivt i CAI – comunales.
	1.6 Minimum et kursus for hospitalspersonale årligt planlagt og afholdt af styregruppen.	Deltagerliste regnskab og program foreligger.	1.6.1 Styregruppen planlægger og udfører uddannelsesprogram.	Midler til udarbejdelse af program samt materialer og undervisere afholdt af IMCC	Støtte til styregruppens arbejde regionalt og lokalt. Interesse fra hospitalspersonalet.
	1.7 Styrket sundhedsundervisning i skolerne, således at en basal sundhedsviden opnås af børn i den skolepligtige alder.	Program for sundhedsundervisning i skolerne udarbejdet og implementeret	1.7.1 Udarbejdelse af uddannelsesprogram, ved hospitalspersonale, IMCC og uddannelsessektoren. 1.7.2. Implementering af aktiviteter i.h.t udarbejdet program (kurser og skemalagte timer).	Midler til materialer og undervisere, afholdt af kommunen og IMCC. Kursusudgifter	Accept og interesse fra lærerne til at undervise i sundhed Autoriteterne accepterer og godkender det ny undervisningsprogram.
	1.8 Forbedret infrastruktur af PHC-tjenesten i Azurduy-provinsen, specielt med hensyn til en mere ligelig fordeling af ressourcer mellem land og by.	Inventarlistes og halvårsrapporter fra IMCC Investeringsplaner udarbejdet. Årligt sundhedsbudget udarbejdet.	1.8.1 Afholdelse af møder i COMUSA med referat, herunder udarbejdelse af 2-årige investeringsplaner. Udarbejdelse af årligt sundhedsbudget.	Materialer og udgifter til møder. Midler til investeringer afholdt af IMCC og kommunen efter fastlagt fordelingsnøgle og udfasningsplan.	COMUSA fungerer og udarbejder investeringsplaner Kommunen accepterer at give kontraparte.
2. Styrkelse af eksisterende organisationer med relation til sundhed,	2.1 Styrket COMUSA, for at komiteen er i stand til at planlægge og implementere en samlet sundhedsplan og en	4 årlige møder afholdt med referat.	2.1.1 Afholdelse af 4 årlige møder med referat, herunder planlægning af opfølgingsaktiviteter for	Materialer.	Lokale myndigheder har interesse i og ressourcer til arbejdet i COMUSA.

herunder COMUSA, kvindegrupper, OCISMA og bondefagforening.	ressourcefordeling, der er i overensstemmelse med lovene om folkelig deltagelse og decentralisering.		landsbyprojekter og udarbejdelse af investeringsplan. 2.1.2 Afholdelse af årligt fremtidsværksted med lokale autoriteter og NGO'er m.h.t. udarbejdelse af sundhedsplan.	Udgifter til afholdelse af et årligt fremtidsværksted	
	2.2 Styrket organisering af LSA'erne organisation, OCISMA, i Azurduy kommune, idet denne fastholder hospital og kommune på deres forpligtelser og ansvar, samt fremfører målgruppens ønsker og behov.	Afholdt årlig generalforsamling med 75% deltagelse planlagt og udført af LSA bestyrelsen En årlig studietur for bestyrelsesmedlemmerne af LSA i organisering og relaterede emner.	2.2.1 Afholdelse af årlig generalforsamling, planlagt og udført af LSA 2.2.2 Årlig udveksling af erfaringer med andre organisationer der arbejder med LSA, herunder studieture til f.eks. Villa Serrano, Prodeco, planlagt af styreguppen og LSA bestyrelsen.	Midler, materiale, undervisere og forplejning afholdt af IMCC og kommunen Midler til transport og forplejning afholdt af IMCC	Bestyrelsesmedlemmerne er aktive.
	2.3 Styrket samarbejde og koordination mellem eksisterende organisationer og NGO'er i området og på landsplan gennem møder og workshops.	Referater fra møder med organisationer i Azurduy, Sucre og La Paz.	2.3.1 Afholdelse af regelmæssige interninstitutionelle møder i Azurduy, Sucre og La Paz (Landefora) 2.3.2 Aktivt medlemskab i UNISUR.	Transport og mødeudgifter Årligt kontingent mv.	Eksisterende organisationer og NGOers velvillighed til samarbejde.
	2.4 Ansat boliviansk kvindelig sociolog/antropolog.	1/7 – 2003 afholdt jobinterviews og udvalgt rette person	2.4.1 Afholdelse af ansættelsessamtaler og udarbejdelse af specifik arbejdsbeskrivelse.	Udgifter til materialer, samtaler og eventuelle konsulenter. Løn og benefits til fastansat bolivianer	Der findes kvalificerede ansøgere.
	2.5 Gennemført opfølgning på eksisterende landsbyprojekter.	Registrering af aktiviteter i halvårsrapporter og årlige evalueringer.	2.5.1 Gennemførelse af planlagte opfølgningsaktiviteter ved boliviansk kvindelig sociolog og kommune.	Udgifter til materialer og undervisere.	Opbakning fra involverede landsbyer og kommune.
	2.6 Kvindernes viden om sundhed og rettigheder styrket. Hvilket bevirker at kvinderne i	Programaktiviteter implementeret iht. undersøgelsesrapporten	2.6.1 Udarbejdelse af analyse af kvindernes forhold i udvalgte landsbyer ved sociolog og	Transport, forplejning og materialer samt løn til konsulent.	Interesse og accept fra begge køn.

	øget grad benytter sundhedsfaciliteterne og formår at fremføre behov og ønsker overfor sundhedsmyndighederne.	50 % flere kvindelige LSA. Øget viden hos kvinder om sygdom og sundhed Øget repræsentation af kvinder på landsbymøder.	konsulent, mhp. planlægning af aktiviteter målrettede imod kvinder. 2.6.2 Implementering af aktiviteter målrettede imod kvinder, f. eks mødreklubber i hospitalsregi. 2.6.3 Deltagelse af kvindelig LSA i styregruppens landsbybesøg, mhp. at rekruttere kvindelige LSA.	Midler til gennemførelse af planlagte aktiviteter. Materialer, udgifter til undervisere, kost og logi Transport, forplejning og materialer.	
	2.7 Landsbyernes organisation styrket, således at landsbyerne i større omfang fremfører projekter/behov over for de lokale myndigheder og deltager i den folkelige debat.	Øget repræsentation af landsbyledere til møder på kommunalt niveau.	2.7.1 Afholdelse af årligt seminar for landsbyledere. 2.7.2 Opfølgning på landsbyprojekterne fra tidligere projektperiode.	Materialer, transport, forplejning og udgifter til undervisere. .Midler til materialer, undervisere og forplejning.	Interesse fra landsbyerne.
	2.8 Velfungerende multifunktionelt hus.	Huset bruges til minimum tolv kurser årligt Antallet overnattende gæster forbliver over 100/måned Min. seks årligt afholdte bestyrelsesmøder	Afholdelse af bestyrelsesmøder med deltagelse af IMCC.	Midler til vedligeholdelse afholdt af kommunen. Midler til forbedringer afholdt af kommune og IMCC.	Kommunen overholder sine forpligtelser ifølge vedtægter.
			Andre aktiviteter:		
Andre aktiviteter			a. Udvikling af kvalitativt og kvantitativt monitoreringssystem ved eksterne bolivianske konsulenter fra og med det første år af projektet. b. Årlig og løbende projektevaluering herunder KAP-studie eller lignende ved bolivianske konsulenter og	Udgifter til konsulentbistand Midler til bolivianske konsulenter, der udarbejder årlig evaluering, samt løbende kontakter.	

			<p>projektrådgivningen.</p> <p>c. Det sidste år udarbejdes og implementeres sammen med de bolivianske konsulenter, en dansk konsulent og en IMCCer en samlet skriftlig vurdering på spansk og dansk af IMCCs effekt og erfaringer fra 13 års arbejde i Azurduy-provinsen.</p> <p>d. IMCC i samarbejde med boliviansk personale udarbejder halvårsrapporter, statusrapporter og månedlige rapporter (fagbreve).</p> <p>e. IMCC kasser udarbejder månedsregnskaber og årsregnskaber og konsulterer ekstern boliviansk/dansk revisor.</p> <p>f. Uddannelse af danske projektmedarbejdere i forbindelse med udsendelse.</p> <p>g. Styrkelse af PR – gruppen for IMCC – Uland, herunder udarbejdelse af artikler om projektet, der publiceres i danske medicinertidsskrifter.</p> <p>h. Nedlukning af projekt og donation af hus, bil mv.</p>	<p>Midler til transport, forplejning, arbejdsfrikøb af dansk konsulent, løn til bolivianske konsulenter og en IMCC'er.</p> <p>Midler til materialer.</p> <p>Løn til ekstern revisor</p> <p>Midler til materialer og oplysningsaktiviteter</p> <p>Midler til reparationer og advokat, samt evt. hotelophold og transport.</p>	
--	--	--	--	--	--

Forkortelser

Danida: Danish International Development Assistance.

ESMP: Enhed for uddannelse i præventiv sundhed.

IMCC: International Medical Cooperation Committee.

LFA: Logical Framework Approach.

NGO: Non-Governmental Organization.

PHC: Primary Health Care.

CAI: Comitee de Analizes e Informacion, kommunalt sundhedsforum

LSA: landsby-sundhedsarbejder.

AIEPI: Atención Integral a Enfermedades Prevalentes Infantiles, nationalt sundhedsprogram.

Adolescentes: sundhedsprogram, der arbejder med teenagere.

COMUSA: Comité Municipal de Salud: kommunal sundheds komité.

OCISMA: Organización Campesina Integral de Salud Municipio de Azurduy.

SEDES: Secretaria Departamental de Salud.

SBS: Seguro Basico de Salud, offentlig sygesikring.

WHO: World Health Organization.

KAP: Knowledge, Attitudes, Practices.

UNISUR: sammenslutning af NGO'er i Chuquisaca.

Prodeco: boliviansk NGO der arbejder med uddannelse af promotorer, støttet af Dialogos.

PROSIN: Proyecto de Salud Integral.

Bilag

- 1) IMCCs rammeaftale med udenrigsministeriet i Bolivia
- 2) IMCCs rammeaftale med sundhedsministeriet i Bolivia
- 3) Samarbejdsaftale med SEDES, Chuquisaca
- 4) Samarbejdsaftale med lokalesundhedsmyndigheder og byråd i Azurduy
- 5) Samarbejdsaftale med OCISMA samt vedtægter for OCISMA
- 6) Data fra projektområde ([www.ine.gov.bo.](http://www.ine.gov.bo))
- 7) Beskrivelse af aktuelle og relevante love i Bolivia
- 8) Sundhedsvæsenets opbygning i Bolivia
- 9) Sundhedsvæsenets opbygning i Azurduy
- 10) Sundhedsvæsenets opbygning i Tarvita
- 11) Beskrivelse af SBS, den offentlige sygesikring i Bolivia
- 12) Beskrivelse af sundhedsvæsen og hospital i Azurduy
- 13) Samarbejdsaftale med UNISUR og beskrivelse af UNISUR
- 14) Samarbejdsaftale med PROSIN
- 15) Samarbejdsaftale med Consultora Sur
- 16) Kort over hospital i Azurduy
- 17) Retningslinier for COMUSA
- 18) Kontoplan
- 19) Kort over Bolivia og Chuquisaca
- 20) Kort over Azurduy provinsen
- 21) Kort over Azurduy kommune