

**INTERNATIONAL MEDICAL COOPERATION
COMMITTEE**

OG

SEDES, CHUQUISACA

**PRIMÆR SUNDHEDSPROJEKT I
SAN LUCAS KOMMUNE, CHUQUISACA, BOLIVIA**

FASE 1

2001 – 2006

PROJEKTDOKUMENT

2001

INDLEDNING

IMCC indledte sit arbejde i Bolivia tilbage i 80'erne med projektet i Belisario Boeto og fortsatte derefter med projektet i Azurduy provinsen som blev startet i 1992. Begge projekters overordnede formål var at bidrage til at forbedre sundhedstilstanden i landbefolkningen og fremme den generelle udvikling i provinsen.

Det store arbejde, der er udført i de to ovennævnte projekter, har givet IMCC stor erfaring med at arbejde i Chuquisaca distriktet i Bolivia og har skabt respekt omkring IMCC's navn i Bolivia. Med San Lucas projektet, som er det tredje og foreløbig sidste projekt i Chuquisaca departementet, ønsker vi at udnytte erfaringerne fra de to første projekter og samle trådene fra de tre projekter sammen med SEDES i Sucre. Herved søger vi sammen at få et samlet billede af hvordan arbejdet med og organiseringen af bønderne på landet bedst muligt gennemføres, så man opnår den største forbedring af sundhedstilstanden for landbefolkningen i projektområderne, specielt børn under 5 år og kvinder.

Under denne tredje projektperiode vil vi ligge stor vægt på at opfordre til og støtte SEDES i at udnytte vores fælles erfaringer til at lave et lignende arbejde i andre provinser end de tre, hvor IMCC har arbejdet. Vi vil derudover anbefale, at man prioriterer at de udsendte på San Lucas projektet, løbende og ved projektafslutningen samlet evaluerer de tre projekter og deres impact som de har haft på Chuquisaca departementet som helhed og de tre provinser i særdeleshed. Dette vil sikre, at man har mulighed for at lære af de tre projekter som er i hver deres fase og dermed sikre deres bæredygtighed.

Projektets overordnede formål er en forbedret sundhedstilstand for befolkningen i projektområdet, specielt børn under 5 år og kvinder.

Dette dokument afspejler ikke nødvendigvis de bolivianske myndigheders eller Danida's holdninger.

Dokumentet henvender sig specielt til IMCC's San Lucas gruppe og de personer, der skal udsendes på projektet. Dokumentet henvender sig ligeledes til IMCC's samarbejdspartnere, og skal ses som et vigtigt arbejdsdokument og baggrundsmateriale. Der vil blive udarbejdet en revideret udgave på spansk til styringsgruppen i San Lucas.

Det er vores håb, at projektet i San Lucas vil sætte nye standarder for IMCC's arbejde til glæde for målgruppen og de udsendte.

Danmark, december 2000,

Michael Stig Christensen

Sulma Rospilloso Christensen

Sara Munck Andersen

Rune Aabenhus

Christian Fogh-Hansen

Bilag

- 1) LFA Matrix.
- 2) Aktivitetsplan.
- 3) IMCC's rammeaftale med sundhedsministeriet i Bolivia.
- 4) IMCC's rammeaftale med udenrigsministeriet i Bolivia.
- 5) Samarbejdsaftale mellem San Lucas gruppen og SEDES.
- 6) Samarbejdsaftale underskrevet af alle samarbejdspartnere i projektet i San Lucas, hvilket vil sige IMCC, Hospitalet, Kommunen, Bondefagforeningen samt byrådet.
- 7) En anmodning om et IMCC projekt stilet til IMCC fra Huañumilla distriktet underskrevet af sygehjælperen og en politisk valgt autoritet.
- 8) Sundhedsvæsenets opbygning i Bolivia.
- 9) Beskrivelse af hospital og sundhedsklinikker i San Lucas kommune.
- 10) Provinsens administrative opdeling og myndigheder.
- 11) Andre organisationer og deres arbejdsområder i provinsen
- 12) Jobbeskrivelse og Curriculum Vitae for eksterne Bolivianske konsulent.
- 13) Jobbeskrivelse for lokal ansat sociolog/antropolog.
- 14) Forskellige data over projektdistrikter.
- 15) Oversigt over udsendte og udsendelsesperioder.
- 16) Diverse kort over Bolivia og projektområdet.
- 17) Video med arbejdstitlen "når de fattige vælger sundhed", samt forhåndsgodkendelse fra DR-vinduet, Danmarks radio.
- 18) En oversigt over den nationale sundhedsforsikring (Seguro Basico).
- 19) Kort over ayllus i San Lucas.
- 20) Kontoplan.
- 21) KAP- studiet, ændringsforslag og eksempel på spørgsmål.

Forkortelser

Danida	Danish international development assistance.
SEDES	Servicio Departamental de Salud.
IMCC	International Medical Cooperation Committee.
KAP	Knowledge, Attitudes and Practice.
LFA	Logical Framework Approach
NGO	Non Governmental Organization
PHC	Primary Health Care.
RPS	Responsables Popular de Salud(frivillig landsby sundhedsarbejdere).
WHO	World Health Organization.
CAI	Comittee de Analizes e Information.

BILAG	3
FORKORTELSER	3
1. BAGGRUND	6
1.1 SOCIO-ØKONOMISKE FORHOLD	6
1.2 POLITISK-ADMINISTRATIVE FORHOLD	6
1.3 STRUKTUREN I SUNDHEDSSEKTOREN	7
1.4 SUNDHEDSSEKTORENS STRATEGIER	7
1.5 SUNDHEDSSEKTORENS TILSTAND I SAN LUCAS	8
1.6 SUNDHEDSORGANISATIONERS ARBEJDE	8
1.7 DANIDAS LANDESTRATEGI FOR BOLIVIA	8
2. PROJEKTBERETTIGELSE	10
2.1 SUNDHEDSPROBLEMERNE I PROJEKTOMRÅDET	10
2.2 PROJEKTHISTORIE	11
2.3 BEGRUNDELSE FOR PROJEKTET	12
2.4 PROJEKTELEMENTER I DEN FØRSTE FEMÅRSPERIODE	12
2.5 MÅLGRUPPE OG KØN	13
2.6 KOMPARATIVE FORDELE	13
3. PROJEKTETS FORMÅL	15
3.1 PROJEKTETS OVERORDNEDE FORMÅL (DEVELOPMENT OBJECTIVE):	15
3.2 PROJEKTETS DELFORMÅL (IMMEDIATE OBJECTIVES):	15
4. STRATEGI	16
4.1 OVERORDNEDE RETNINGSLINIER:	16
4.2 FREMGANGSMÅDE:	16
4.3 NETVÆRKSETABLERING OG SPREDNINGSEFFEKT:	16
4.4 AKTIVITETER:	17
4.5 FYSISKE ELEMENTER	18
4.5.1. <i>Personale:</i>	18
4.5.3. <i>Transportmidler:</i>	18
4.5.4. <i>Andet udstyr:</i>	19
5. RESULTATER	19
6. AKTIVITETER	20
7. INPUTS	21
8. ANTAGELSER	21
9. RISICI	22
10. ORGANISERING OG ADMINISTRATION	22
10.1 KURSUSKOMITE	22
10.2 HOSPITALET	23
10.3 SEDES	23
10.4 COMITÉ TECNICO DE SALUD	23
10.5 COMITE DE VIGILANCIA	23
10.6 SAN LUCAS KOMMUNE	23
10.7 BONDEORGANISATIONEN	23
10.8 KVINDELIG SOCIOLOG/ANTROPOLOG	23
10.9 IMCC	23
10.10 IMCC I DANMARK	24
11. BÆREDYGTIGHED	25
12. INDIKATORER OG MÅLOPFYLDELSE	26
12.1 FOR DELMÅL 1:	26
12.2 FOR DELMÅL 2:	26
12.3 FOR DELMÅL 3:	26

12.4 FOR RESULTATER:.....	26
13. RAPPORTERING, MONITORERING OG EVALUERING.....	28
13.1 IMCC'ERNES TIDSFORBRUG.....	28
13.4 KAP-STUDIE.....	28
13.5 PROJEKTKONSULENTER.....	28
14. ØKONOMISTYRING.....	29
14.1 BUDGET.....	29
14.2 BUDGETUDARBEJDELSE/REVIDERING.....	29
14.3 IMCC-KASSERERE.....	30
14.4 ÅRSREGNSKAB OG REVISION.....	30

1. Baggrund

1.1 Socio-økonomiske forhold

San Lucas er den 2. Kommune i Nor Cinti provinsen i Chuquisaca departementet. Nor Cinti Provinsen er opdelt i tre sektioner (kommuner): 1. sektion (Camargo kommune) 2. Sektion (San Lucas kommune) og 3. sektion (Incahuasi kommune). Provinsen er en af de fattigste i Bolivia, og med en sparsomt udbygget infrastruktur, som forværres i regntiden.

San Lucas kommune er den anden største i Chuquisaca departementet med et areal på 3.777,7 km² og med et indbyggertal på 36.447. San Lucas kommune er inddelt i 9 distrikter som er opkaldt efter den større landsby i distriktet. Hvert distrikt har en underopdeling i landsbyer (*comunidades*). Der er 111 landsbyer(*comunidades*) i hele kommunen.

Over 90% (1992) af befolkningen bor på landet og flertallet er subsistenslandbrugere af indiansk oprindelse. Der er mangel på kultiverbar jord og de fleste jordlodder er tørre og små, hvilket betyder, at produktionen kun strækker til selvforsyning. Den dårlige socioøkonomiske situation resulterer i en høj periodevis emigration. Emigrationen foregår til de større byer eller Argentina. 36 % af den økonomiske aktive del af befolkningen emigrerer hvert år et par måneder til områder, hvor der er mulighed for periodevis arbejde, særligt i månederne juni-oktober. Det er fortrinsvist mændene der emigrerer.

Sproget er overvejende quechua, selv om der tales og forstås en del spansk i de fleste landsbyer. Kvinderne har generelt ringere adgang til uddannelse, sundhedsfaciliteter og lønnet beskæftigelse end mænd. Kvinderne får i gennemsnit 5 børn hver. Analfabetisme er udbredt (55%).

1.2 Politisk-administrative forhold

Politisk-administrativt er provinsen Nor Cinti i Chuquisaca departementet opdelt i kommuner, hvor San Lucas kommunen udgøres af ni distrikter som igen opdeles i 11 cantoner(San Lucas, Uruchini, Torojchi, Payacota del Carmen, Chinimayo, Ocuri, Chanchas Blancas, Qollpa, Pirhuani, Ajchilla og Moqo Pata (se bilag 16, 3). Hver distrikt udgøres af mange landsbyer, svingende fra 21 landsbyer (Ucuri) ned til 8 landsbyer (Qollpa). Hver distrikt er ydermere opdelt i zoner. Kommunen ledes af en Consejo municipal (byråd) med en borgmester i spidsen. Desuden findes der i kommunen en Comité Cívico (et folkeråd), og en Comité de Vigilancia (borgernes kontrolkomité).

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

I San Lucas findes der stadigvæk en traditionel form for organisering, kaldet ayllus, som har eksisteret siden inkariget. Kommunen har tre store ayllus: Jatun Qhellaja, Asanake, Llaqta Yucasa (Cantu Yucasa) (se bilag 19). Hver ayllu dækker over et større område, tilsammen over 100 landsbyer . Ayllus'erne har en bestemt magtstruktur, hvor den øverste leder er Cacique'en og dernæst Curaca'en. Disse traditionelle ledere koordinerer med bondeorganisationens ledere og de kommunale myndigheder. Posterne som cacique og curaca er baseret på et cargosystem, det vil sige, at der hvert år skal vælges nye ledere af ayullu'en. Der er ikke mulighed for at frasige sig en post, hvis man er blevet valgt, da det er en pligt for medlemmerne at indtage en ledende post på et eller andet tidspunkt. De forskellige ayllus i San Lucas er ikke lige velfungerende i alle områder, men man ser i dag en tendens til at genfinde og reorganisere de traditionelle ayllus strukturer.

Bolivia har i 1994 indført en politik, som skal modernisere Staten gennem "Lov om Folkelig Deltagelse" og "Lov om Decentralisering". Disse kombinerer overdragelse af ansvar til landets kommuner, fordeling af de offentlige organers kompetence, decentral tildeling af ressourcer (20%) og folkelig deltagelse. Med de nye love har regeringen forpligtet sig til at decentralisere ansvaret for sundhedsvæsenet, og det er meningen, at bønderne i langt højere grad skal have indflydelse på provinsernes udvikling. Dette skal Comité de Vigilancia være med til at sikre.

1.3 Strukturen i sundhedssektoren

Ministerio de Salud y Prevención Social i La Paz er formelt set øverste ansvarlige ministerium for sundhedsmæssige anliggender. IMCC har allerede en samarbejdsaftale (convenio de aplicacion de politicas nacionales en salud, se bilag 3) underskrevet med det Bolivianske sundhedsministerium og en anden (Acuerdo marco, se bilag 4) med det bolivianske udenrigsministerium, der tillader os at arbejde i Bolivia.

Meget arbejde er delegeret ud til departementalt niveau. Det betyder, at SEDES (de departementale sundhedsmyndigheder) i Sucre i praksis er IMCCs direkte øverste samarbejdspartner. Direktøren for SEDES er dermed IMCCs referenceperson, og den der tilser IMCCs arbejde. Dette gøres via halvårslige fremlæggelser af rapporter på SEDES med efterfølgende diskussion. Disse halvårslige rapporter sendes også til sundhedsministeriet i La Paz. Desuden fremlægger vi resultaterne på ambassaden minimum hvert år.

Sundhedspersonalet i provinserne arbejder ud fra retningslinier fra SEDES og skal indberette sundhedsdata månedligt. Cheflægen på San Lucas hospitalet skal koordinere sit arbejde med cheflægen på provinshospitalet i Camargo, som er den 3. sektion (kommune) i provinsen. Hospitalet i San Lucas har 14 sundhedsklinikker i distrikterne hver med en sygehjælper ansat som administrerer evt. frivillige RPS'ere knyttet til klinikken.

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

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 den nationale sundhedsforsikring (seguro basico, se bilag 18).

I Chuquisaca departementet findes desuden mere eller mindre udviklede programmer for RPS'ere, hvor indsatsen koncentrerer omkring undervisning af RPS'erne i luftvejsinfektioner, diarré og fødsler. UNICEF støtter mor-barn programmerne i Chuquisaca departementet og arbejder via et kontor på SEDES, i Sucre.

Loven om folkelig deltagelse og loven om decentralisering fra 1994 betyder, at ansvaret for sundhedsvæsenet og den økonomiske forvaltning af ressourcerne kanaliseres ud til kommunerne, og det er meningen at bønderne i langt højere grad skal have indflydelse på kommunens udvikling. Dette har i praktisk vist sig svært at gennemføre, idet landbefolkningen ikke får gjort sin indflydelse gældende.

Strategien for San Lucas kommune som formuleret i kommuneplanen fra 1999 (plan de desarrollo municipal, se bilag 14, 7) går i korthed ud på en satsning på udbygning af sundhedsklinikker, uddannelse og kapacitation af sundhedspersonalet og styrkelse af sundhedssystemet i San Lucas. IMCC vil arbejde indenfor disse rammer og integrere projektet i områdets sundhedspolitik som administreret af den lokale sundhedskomiteé (Comité Técnico de Salud), der består af borgmesteren, cheflægen og en repræsentant for borgernes overvågningskomiteé (Comité de Vigilancia).

1.5 Sundhedsektorens tilstand i San Lucas

Sundhedssystemet dækker over 111 landsbyer med 36.447 indbyggere. Der er tre læger i kommunen, to i San Lucas og en på sundhedsklinikken i Palacio Tambo. Herudover er der en tandlæge, 1 sygeplejerske, 12 sygehjælpere, 44 traditionelle fødselsjælpere og officielt ca. 80 frivillige RPS'ere. Sidstnævnte RPS'ere er dog svært dårligt fungerende da de ikke får kurser og heller ikke har nogen medicintaske og derfor ikke kan udføre deres arbejde ordentligt. Der er 14 sundhedsklinikker i alt, som er ujævnt fordelt i de 9 distrikter.

Omkring 47 % af befolkningen har adgang til sundhedssystemet og 37% bruger den traditionelle medicin, som f.eks. er repræsenteret ved *curanderos* (traditionelle behandlere) og de traditionelle fødselsjælpere. Det etablerede sundhedssystem har manglende forståelse for den traditionelle sygdomsforståelse, hvilket medfører få besøg på sundhedsklinikker og hospitalet. Der findes ingen sygesikring udover Seguro Basico og ingen private sundhedstilbud.

Flere af sundhedsklinikkerne har ikke vejforbindelse til hospitalet. Afstanden mellem sundhedsklinikker og hospital ligger mellem 18 og 90 kilometer ofte gennem uvejsomt bjergrigt terræn. Dette medfører bl.a. at sundhedspersonalet på hospitalet sjældent kommer ud på de fjernere liggende sundhedsklinikker som derfor er meget isolerede. Det betyder samtidig, at landbefolkningen har svært ved at komme ind på sundhedsklinikkerne, når de har behov for hjælp. Sundhedsklinikkerne er specielt for de fjernest liggende i særdeles dårlig stand og med manglende udstyr. På hospitalet gælder det generelt, at der endnu ikke er mulighed for selv relativt simple kirurgiske indgreb (f.eks. kejsersnit). Det faglige niveau blandt sundhedshjælperne på sundhedsklinikkerne er lavt, hvilket skyldes mangelfuld uddannelse. Sidstnævnte fører bl.a. til en uhensigtsmæssig anvendelse af medicin.

Under forundersøgelsen så vi tydeligt, at der ingen tiltag er iværksat med henblik på at implementere kommuneplanen og det er vores klare opfattelse at dette skyldes mangel på økonomiske og menneskelige ressourcer.

1.6 Sundhedsorganisationers arbejde

I området arbejder der to andre NGO'er, der begge er bolivianske NGO'ere.

"Esperanza Bolivia" har sit kontor i Camargo og arbejder i distrikter relativt tæt på San Lucas fortrinsvis med mor-barn sundhed.

Den anden NGO hedder ADRA og de er adventister, der har projekter i området. De har forskellige kvindegupper og et projekt om fejlernæring i området omkring San Lucas by.

Under forundersøgelsen blev det fra hospitalets side påtalt, at ADRA ikke i tilstrækkelig grad formåede at koordinere og hospitalet lagde stor vægt på, at det ændrede sig. Som eksempel nævnte hospitalet, at de ofte havde været det samme sted med få timers mellemrum uden, at det var koordineret, og det var personalet meget utilfredse med.

Vi har med begge organisationer holdt en række møder under forundersøgelsen og det er vores ønske at indgå et samarbejde med begge, og formen af dette samarbejde vil vi diskutere løbende under projektperioden.

1.7 Danidas landstrategi for Bolivia

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

- Landbrug og udvikling af landområderne.
- Støtte til oprindelige folk.

- Miljø og forvaltning af naturressourcer.

Fra:"Landestrategi for Bolivia" Udenrigsministeriet, Danida maj 1997.

I landestrategien skrives:

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

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

2. Projektberetning

2.1 Sundhedsproblemerne i projektområdet

Børns sundhedsproblemer i provinsen er især relateret til underernæring, luftvejssygdomme og diarré. Disse er medvirkende årsager til den høje børnedødelighed 107 per tusinde (10% af alle børn under 2 år dør). Til sammenligning er gennemsnittet for hele Chuquisaca departementet 75,5 per tusinde, så børnedødeligheden i San Lucas er en af de højeste i departementet. Børnedødeligheden er dobbelt så stor på landet som i byen. 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 under 5 år lider af fejlernæring, ifølge sundhedsklinikkernes sidste tal som de blev fremlagt under CAI i juli 2000 (møder hvor hospitalspersonalet evaluerer deres arbejde og gennemgår statistikkerne).

Sundhedsproblemerne blandt voksne er relateret til forekomsten af sydamerikansk sovesyge (Chagas' disease), jodmangelstruma samt luftvejssygdomme og diarré. Jodmangelstruma rammer især kvinder og kan medføre, at der fødes retarderede børn. Kommunen har problemer med tuberkulose og i de lavere liggende dalområder er der også en høj forekomst af malaria. Der er ligeledes mange komplikationer ved fødsler såsom svangerskabsforgiftning, vaginale blødninger, mangel på fødsel af moderkagen, samt uhensigtsmæssigt lejring af barnet. Unge teenagemødre og mødre over 35 er specielt udsat for disse komplikationer. Hospitalet har ikke mulighed for at tilbyde kejsersnit. Den højeste dødelighed for voksne i San Lucas kommune angives at være graviditetskomplikationer.

Disse tal fra de regionale sundhedsmyndigheder i Sucre (SEDES) bør betragtes som minimumstal, da det ikke er alle som opsøger, endsige når frem til klinikkerne og bliver registreret. Den lange transportvej, til fods eller til hest, bevirker at det er svært at nå frem til sundhedsklinikker og dermed for tilstrækkelig hjælp i tide. Bønderne har desuden ofte svært ved at afholde de økonomiske udgifter ved sygdom og mange kender slet ikke til eksistensen af Seguro Basico og opsøger derfor ikke sundhedssystemet i den fejlagtige tro, at de skal afholde udgifter som de ikke har råd til.

Nogle grundlæggende årsager til sundhedsproblemerne i området:

- 1. 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 fejlernærede. Talrige infektioner og den dårlige ernæring giver dårlig trivsel, høj sygelighed og høj dødelighed. Dette afspejles i den lave levealder. 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 ikke klar over hvad den nationale sygesikring, "Seguro Basico", egentlig dækker, hvilket ofte har som konsekvens at mange ikke benytter sundhedstilbudene af økonomiske årsager, på trods af at behandlingen i mange tilfælde ville være gratis.
- 2. Sundhedssystemet er præget af dårlig infrastruktur og manglende ressourcer.** På grund af store afstande og dårlig infrastruktur, har befolkningen ikke megen kontakt med det officielle system og sundhedstilbudene er for dårlige. De manglende veje medfører, at sundhedspersonalet sjældent eller aldrig kommer i de fjerntliggende landsbyer. Det medfører ligeledes en mangelfuld vaccinationsdækning. Dårlig kommunikation i sundhedsvæsenet fører til dårlig organisering og planlægning mellem f.eks. hospital og sundhedsklinikker, samt at sundhedsklinikkerne isoleres. Sundhedsklinikkerne har derfor dårlig opbakning fra hospitalet, og der foregår ingen supervision af deres arbejde, hvilket fører til mangel på motivation og tab af viden. Der findes kun få sundhedsklinikker (flere af de eksisterende består kun i et rum på skolen uden f.eks. vask og rindende vand) og udstyret er slidt og mangelfuldt. Der mangler relevant medicin, basalt fødselsudstyr, radioer og for hospitalets vedkommende også transportmidler. Dette er ligeledes

årsag til de mangelfulde sundhedstilbud, og en grund til at kun få patienter benytter sig af disse tilbud. De fleste af de få RPS'ere, der er i området, har slet intet udstyr til rådighed.

3. **Sundhedspersonalet er dårligt uddannet og har ikke altid forståelse for landbefolkningens problemer og behov.** Viden om sundhed er ikke sufficient og der mangler supervision af al sundhedspersonale lige fra yngre læger til RPS'ere. Således er opbakningen til sundhedsklinikker og RPS'ere lav, hvilket medfører nedsat motivation og tab af viden. Informationen til patienterne er meget dårlig og folk mister således tillid til sundhedssystemet. Den mangelfulde videreuddannelse hos sygehjælperne, viser sig også ved en uhensigtsmæssig brug af medikamenter, fejlbehandlinger og unødvendig brug af medicin. Desuden mangler sundhedspersonalet 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, da deres grænser ofte overskrides. Ydermere finder en stor del af sundhedspersonalet, det ikke attraktivt at arbejde på landet.
4. **Uddannelsen af frivillige sundhedsarbejdere (RPS) er utilstrækkelig.** I de områder, hvor der allerede eksisterer et system for uddannelse af frivillige sundhedsarbejdere er det vurderet til at have lille effekt, være upædagogisk og uden opfølgning og supervision. RPS'erne formidler derfor ikke nogen viden til landsbyerne, hvorfor landbefolkningens viden om sundhed og hygiejne er meget begrænset. Dette er en af grundene til de mange tilfælde af diarré, luftvejssygdomme og fejlernæring. Den mangelfulde uddannelse giver sig ligeledes udtryk i RPS'ernes mangelfulde organisering, og dermed mindskede mulighed for at påvirke egen og landsbyernes situation.
5. **Kvinderne inddrages i ringe grad i lokalområdets udvikling, herunder også 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 ringere mulighed for at påvirke egen og landsbyernes situation. Det er af afgørende betydning at nå denne gruppe for at forbedre sundhedstilstanden, fordi det er kvinderne, der har ansvaret for børnene og familien. Kvindelige sundhedsarbejdere tiltrækker generelt flere kvinder til møder og konsultationer.
6. **Bøndernes manglende organisering svækker deres indflydelse på områdets udvikling, herunder også sundhed.** Bøndernes organisering er svag, men der findes en eksisterende struktur "Bondeorganisationen" som IMCC kan søge at styrke. Organiseringen af bønderne er afgørende for sundhedsarbejde på landet, og da alle bønder er automatisk medlemmer kan her nås ud til mange over en bred front. IMCC har fundet det afgørende at støtte bøndernes organisering. Dette gøres ved nært samarbejde med bondeorganisationen og de lokale ledere på landet. Disse har tidligere vist sig, på de andre IMCC-projekter, som værdifulde samarbejdspartnere.

2.2 Projekthistorie

IMCC har arbejdet med sundhedsprojekter i Chuquisaca departementet i Bolivia siden 1985, først på det nyligt afsluttede projekt i Belisario Boeto (31.dec.1998) og siden på det eksisterende projekt i Azurduy.

Ved afslutningen af projektet i Belisario Boeto opstod ideen om at videreføre den erfaring og indsigt, samt de gode relationer til sundhedsmyndighederne (SEDES), som IMCC har opbygget gennem årene qua de 2 projekter. Det fremgår således af slutevalueringen fra Belisario Boeto, at IMCC anbefales at opstarte et nyt sundhedsprojekt i Chuquisaca.

SEDES har endvidere opfordret IMCC til at fortsætte arbejdet med sundhedsprojekter, og har selv peget på San Lucas kommunen som et oplagt mål.

Den Danske Ambassade i La Paz har tilkendegivet overfor IMCC, at man ser positivt på IMCC's tilstedeværelse i området og i et evt. nyt projekt.

Ideen til det nye projekt er blevet diskuteret i Ulandsgruppen og der er nedsat en projektgruppe (San Lucas gruppen) bestående af gamle (tidl. udsendte) og nye IMCC'ere. San Lucas gruppen har løbende været i dialog med SEDES omkring opstart af et nyt projekt siden afslutningen af Belisario Boeto projektet. SEDES har sendt relevant materiale og der har været telefonisk kontakt mellem SEDES direktør Dr. Alfaro og IMCC.

IMCC ansøgte i foråret 2000 Projektrådgivningens pulje til mindre forundersøgelser, og i juni samme år gennemførtes så en måneds forundersøgelse i San Lucas ved tidligere IMCC-udsendte Michael Stig Christensen og den bolivianske læge Sulma Rospilloso. Forundersøgelsens resultater har dannet grundlag for problemanalysen og projektansøgningen og der er endvidere blevet forfattet hensigtserklæringer mellem San Lucas Hospital, bondefagforeningen, landsbyen Huañumilla, SEDES og IMCC.

IMCC har arbejdet sammen med SEDES siden 1985. Samarbejdet mellem IMCC og SEDES er af væsentlig betydning, da IMCC's projekter er integreret med det bolivianske sundhedsvæsen, hvor IMCC søger at tilvejebringe primær sundhedsservice til marginaliserede områder i henhold til nationale og regionale sundhedsstrategier. Samarbejdet med SEDES er nødvendigt for at sikre opbakning til projektet. Samarbejdet med San Lucas Hospital og den lokale sundhedskomite (Comité Técnico de Salud) er ½ år gammelt og påbegyndtes ved forundersøgelsen.

2.3 Begrundelse for projektet

I juni 1997 besøgte en preappraisal mission projektet i Azurduy på foranledning af Danida. Blandt konklusionerne fremhæves:

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

IMCC ønsker på baggrund af ovenstående samt på opfordring fra SEDES, hospitalet i San Lucas, San Lucas kommune og Bondeorganisationen i San Lucas, at påbegynde arbejdet med at løse de store udekkeede sundhedsmæssige problemer og behov, som er beskrevet i dette projektdokument.

2.4 Projektelementer i den første femårsperiode

Projektelementerne i den første femårsperiode vil være:

- IMCC

IMCC skal etablere sig i San Lucas med køb af hus, bil etc. Herunder ligger også, at der skal bygges et kontor med undervisningslokale på hospitalet hvor kursuskomiteen skal holde til. Der skal ansættes en lokal sociolog/antropolog som bl.a. skal lave behovsanalyser i landsbyerne, kortlægge den traditionelle sygdomsforståelse og styrke kvindernes indflydelse på projektet. Vi skal støtte organiseringen af landsbysundhedsarbejderne via facilitering af disses generalforsamlinger og bestyrelsesmøder samt seminarer for landsbyledere.

- Kursuskomite:

Der skal sammensættes en kursuskomite, som skal udarbejde kursusplaner, planlægge supervisioner af sundhedsarbejderne og løbende revidere projektdokumentet og revidere evaluerings og monitoreringsplanen.

- RPS'ere.

Der skal vælges sundhedsarbejdere(RPS'ere) i landsbyerne hvis der ikke er i forvejen, og de skal begynde deres kursusrækker i henhold til uddannelsesplanen og have udleveret boutiquiner (medicintasker). RPS'erne skal vælge en bestyrelse på deres første stiftende generalforsamling, hvor de også skal lave deres vedtægter.

- Investeringer:

Der søges investeret i blivende, bæredygtigt sundhedsinfrastruktur ud fra en i samarbejde med hospital og kommune udarbejdet investeringsplan. Disse investeringer skal bidrage til at bringe sundhedsinfrastrukturen på landet op på et niveau, hvor der vil være muligt at yde førstehjælp og basal kurativ behandling. Bygninger og udstyr på sundhedsklinikkerne skal renoveres eller der skal konstrueres og indkøbes nyt. Personalet skal have mulighed for at kommunikere med hospitalet og de skal have stillet brugbart transportmiddel til rådighed (f.eks. æsel eller muldyr). Minimum 80% af IMCCs midler skal bruges på sundhedsklinikker på landet og max. 20% på hospitalet. Investeringerne skal indgå i kommunens budget og vil ikke blive udbetalt, hvis kommunen ikke yder kontrapart og bruger de lovbefalede 12% af kommunens samlede budget på sundhedssektoren. Det forventes at arrangere fremtidsværksted, hvor investeringsplanerne diskuteres og disse skal så vedtages på de årlige budgetforhandlinger for San Lucas kommune.

2.5 Målgruppe og køn

Primære målgruppe:

Projektets primære målgruppe er de fattige småbønder på landet, specielt kvinder og børn, der udgør den nederste socioøkonomiske gruppe i Bolivia. Disse er næsten udelukkende efterkommere af Inka-indianerne, men også af Uru-, -Chipaya og Collasindianere. Ca. 13% af populationen er under 4 år og 53% er under 24 år og det er derfor en ganske ung population. Befolkningen bor spredt og langt fra sundhedsklinikker og hospitalet.

Afhængig af de enkelte projektaktiviteter vil befolkningen tilgodeses i varierende grad af projektet. Ved opfyldelse af projektets immediate objectives vil hele provinsens befolkning på ca. 36.447 personer blive tilgodeset. Disse fordeler sig kønsmæssigt med 17.832 mænd og 18.615 kvinder. Der er 4.698 børn under 4 år fordelt med 2.262 drengebørn og 2.436 pigebørn.

Sekundære Målgruppe:

Intern: Denne udgøres af hospitalspersonalet, sygehjælperne på sundhedsklinikkerne, RPS'erne i landsbyerne, kommunen og lokale autoriteter.

Ekstern: Denne gruppe udgøres af SEDES i Sucre og sundhedsministeriet i La Paz.

Vi vil bruge erfaringerne fra projektet i Azurduy til at få kvinderne involveret i projektet. Vi vil dels opfordre landsbyerne til at vælge kvindelige promotorer samt opfordre sundhedshjælperne på klinikkerne, hvoraf flertallet er kvinder, til at støtte og bakke op omkring de kvindelige promotorer.

Dels vil vi følge en evalueringsrapport for Azurduyprojektet, der sagde: "det anbefales..... at IMCC altid sikrer, at der er en quechuatalende kvinde tilstede ved kurserne for derved at gøre tilbuddet om uddannelse af grupper af kvinder muligt".

Vi vil i stil med Azurduy ansætte en quechuatalende kvindelig sociolog/antropolog som i udtalt grad skal beskæftige sig med kvindeaspekter. Dette vil give en tæt kontakt til kvinder og samtidig give endnu mere kontinuitet i projektet, da hendes stilling vil blive fortløbende.

Vi vil samarbejde med ADRA om at lave kvindeklubber i nogle af distrikterne.

Vi vil uddele studielegater til sygehjælpereskolen til lokale unge fortrinsvis kvinder, mod at de kommer tilbage til området i en årrække og arbejder efter uddannelsen.

Slutteligt vil vi søge at koordinere med andre projekter, der særligt tilgodeser kvinder og/eller børns behov.

2.6 Komparative fordele

IMCC har som anført stor erfaring i arbejdet med sundhedsoplysning blandt bønderne. Arbejdet har altid været udført i tæt samarbejde med de lokale og regionale sundhedsmyndigheder. IMCC er derfor istand til at yde en væsentlig indsats blandt landbefolkningen med dette projekt.

Der forefindes allerede et eksisterende samarbejde med SEDES, og SEDES har efter afslutningen af projektet i Belisario Boeto opfordret IMCC til at starte et nyt projekt i Nor Cinti provinsen. De gode

samarbejdsrelationer med SEDES vil give projektinitieringen optimale vilkår både på regionalt og lokalt plan.

Tidligere evalueringer har trukket IMCC'ernes entusiasme for projektarbejdet frem. Denne entusiasme suppleret med en anderledes pædagogisk grundindstilling, samt lysten til at arbejde på landet, på trods af vanskelige vilkår, udgør en af IMCC's styrker i forhold til lokale institutioner og NGO'er. Vi mener selv at kunne initiere kontakter mellem lokale autoriteter og landbefolkningen og dermed være med til at nedbryde kommunikationsbarrierer.

Erfaringer fra IMCC's projekter i Belisario Boeto og Azurduy har vist at vores tilstedeværelse vil tiltrække andre NGO'er og ressourcepersoner. Området vil blive et mere attraktivt arbejdsområde for andre organisationer.

IMCC er en vigtig rekrutteringsbase for senere deltagelse i udviklingsarbejde. Ud af 54 udsendte IMCC'ere 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 IMCC'ere ansat hos FN, Danida, MS, Caritas, Red Barnet, projektrådgivningen og IBIS.

3. Projektets formål

3.1 Projektets overordnede formål (development objective):

Forbedret sundhed for landbefolkningen i San Lucas kommunen, specielt for børn under 5 år og kvinder.

3.2 Projektets delformål (immediate objectives):

1. Målgruppens viden om sundhed og sygdom er styrket og denne viden er blevet omsat i en sundhedsfremmende adfærd.
2. Kommunens sundhedstilbud forbedret og udbygget.
3. Styrket organisering af landbefolkningen på sundhedsområdet, samt øget forståelse for landbefolkningens sygdomsopfattelse med henblik på et forbedret samarbejde mellem RPS'ere og kommune, hospital og andre institutioner.

4. Strategi

4.1 Overordnede retningslinier:

Projektet er et integreret sundhedsprojekt der bygger på WHO's PHC strategi og baseres i udstrakt grad på de erfaringer IMCC har gjort sig gennem 15 år i henholdsvis Belisario Boeto og i det igangværende projekt i Azurduy provinsen, altid i samarbejde med de lokale sundhedsmyndigheder og SEDES. Projektet vil arbejde under de nationale sundhedsprogrammer for Bolivia og målrette aktiviteterne med henblik på, at nå den socialt og politisk marginaliserede landbefolkning i San Lucas kommune. Aktiviteterne søges hermed koordineret med eksisterende nationale prioriteringer og politikker.

4.2 Fremgangsmåde:

IMCC vil søge en central tilgang til sundhedsarbejdet således, at hele landbefolkningen i kommunen får effekt af projektet. Hertil kræves, at IMCC fysisk er tilstede for at støtte hospitalspersonalet og i startfasen hjælpe til med planlægning af uddannelsesforløb og afholdelse af kurser. På hospitalet etableres en kursuskomité (bestående af et medlem af Comité Técnico de Salud, cheflægen, en sygeplejeske, en sygehjælper og en RPS'er og IMCC), der skal varetage planlægningen og afholdelsen af kurser for henholdsvis, læger, sygeplejesker, sygehjælpere og RPS'ere. Herved sikres kapacitetsopbygningen lokalt i San Lucas.

IMCC har desuden en stor rolle som fortalere for landbefolkningen, idet denne gruppe ofte negligeres og forbigås i sundhedsarbejdet, og ikke selv kan sætte krav igennem på sundhedsområdet. IMCC vil sikre, at landbefolkningen er informeret om deres rettigheder i forhold til Seguro Basico gennem oplysningsarbejde lokalt. I forsøget på at støtte landbefolkningens muligheder for selv at stille relevante krav f.eks. i henhold til "loven om folkelig deltagelse" eller "Seguro Basico", bliver bondeorganisationen en vigtig partner for IMCC sammen med den RPS-organisation, der forventes opbygget. IMCC vil samtidig søge at mindske kløften mellem land og by, ved at informere og uddanne sundhedspersonalet i San Lucas by, om landbefolkningens særlige opfattelse af sygdom og sundhed, som ofte skal relateres til deres kulturelle baggrund som quechua indianere. Endvidere vil IMCC arbejde på, at der knyttes bånd mellem de allerede etablerede projekter og San Lucas, således at det er skabt mulighed for koordinering og erfaringsoverførsel mellem de involverede hospitaler og RPS-organisationer. Med etableringen af disse organisationer og kapacitetsopbygning blandt RPS'ere og landsbyledere, forventes det at disse kan fungere som pressionsgrupper og derved videreføre projektet efter IMCC er draget af sted.

4.3 Netværksetablering og spredningseffekt:

IMCC's fysiske tilstedeværelse i San Lucas forventes endvidere at have en gavnlig effekt på netværksetablering ved et samarbejde med medicinstuderende og sygeplejer studerende i Sucre både som f.eks. praktikordninger og studieture til San Lucas, foredrag på universitetet med projektets sociolog/ antropolog om lokal sygdomsopfattelse eventuelt med deltagelse af sundhedsplejere og promotorer fra San Lucas. Hermed søger projektet på længere sigt at etablere større kontakt med og forståelse for landbefolkningen.

IMCC's tilstedeværelse i Belisario Boeto har tiltrukket flere andre NGO'er. IMCC i San Lucas vil ligeledes arbejde på at etablere kontakt til NGO'er, der har andre kompetence områder og som kan være interesseret i at arbejde i San Lucas. Denne kontakt skal ske på baggrund af ønsker fra lokalbefolkning om andre typer af udviklingsprojekter som komplimenterer IMCCs arbejde.

IMCC søger på længere sigt, at projektet får en spredningseffekt, der kan sætte gang i en udviklingsproces indenfor sundhedsområdet både på departementalt og kommunalt plan. Dette søges bl.a. etableret ved den ovenstående beskrevne netværksetablering, kapacitetsopbygning og oplysningsvirksomhed i Bolivia. Desuden vil vi forsøge at påvirke SEDES ved de halvårslige rapporter, samt ved diverse møder, til at udbrede vores arbejde med sundhedsarbejderne til andre

provinser, hvor IMCC ikke har været. Slutteligt vil vi forsøge at påvirke bønderne og deres organisation til at gøre deres stemme gældende via pressionsgrupper, så der bliver lavet lignende tiltag overfor andre bønder i andre kommuner.

Spredningseffekten ved IMCCs projekter har bl.a. vist sig ved det etablerede promotorhus i Belisario Boeto, som efter projektets afslutning har været benyttet af SEDES til afholdelse af kurser for sundhedspersonale, heriblandt promotorer. Derudover har vi uddannet nogle få af RPS'erne til sygehjælpere, som har brugt deres uddannelse i andre kommuner. RPS'erne i Azurduy har dannet en stærk organisation og har videre bragt disse erfaringer til bønder i andre kommuner.

4.4 Aktiviteter:

IMCC forventer at anvende følgende konkrete aktiviteter for at sikre projektets gennemførelse:

- **Udarbejdelse af langsigtet uddannelsesplan for sundhedsvæsenet i San Lucas kommune.** Ved fremtidsværksteder med hospital og kommune laves en plan for uddannelse af RPS'ere, sygehjælpere, sygeplejersker og læger. I den langsigtede uddannelsesplan skal der tages hensyn til landbefolkningens ønsker til promotorernes kompetencer. Disse ønsker undersøges ved behovsanalyser udført af antropologen.
- **Uddannelsesprogram for RPS'erne.** RPS'erne skal have en fastlagt uddannelse, som specificeret i den langsigtede uddannelsesplan, og som inkluderer de mest relevante sygdomme, deres forebyggelse og behandling.
- **Ansættelse af en quechuatalende antropolog/sociolog.** Herved fås større direkte kontakt til målgruppen og kvinderne i særdeleshed. Den quechuatalende sociolog/antropolog skal først og fremmest lave analyser af lokal sygdomsopfattelse og behovene hos bønderne. Analyserne skal bl.a. bruges til at undervise hospitals og sundhedsklinikkernes personale, så de herved opnår større forståelse for landbefolkningens sygdomsopfattelse. Antropologens/sociologens feltarbejde vil vi også bruge i vores evaluering og monitoreringsplan. Gennem udførelse af behovsanalyser i udvalgte landsbyer, skal landsbyerne selv opstille ønsker og prioriteter vedrørende uddannelse af landsbyens promotorer. Her tages der specielt hensyn til kvindernes behov ved særskilte kvindeworkshops.
- **Kursuskomité og IMCC kontor.** Der skal etableres et IMCC kontor med undervisningslokaler på hospitalet. En kursuskomité bestående af en læge, en sygeplejerske, en sygehjælper og en repræsentant fra Comité Técnico de Salud skal tilknyttes dette kontor som skal planlægge og varetage uddannelsen af promotorer og sundhedspersonalet. På langt sigt skal en RPS'er endvidere deltage i komitéen.
- **Investeringer.** Der søges investeret i blivende, bæredygtigt sundhedsinfrastruktur ud fra en i samarbejde med hospital og kommune udarbejdet investeringsplan. Disse investeringer skal bidrage til at bringe sundhedsinfrastrukturen på landet op på et niveau, hvor der vil være muligt at yde førstehjælp og basal kurativ behandling. Bygninger og udstyr på sundhedsklinikkerne skal renoveres eller der skal konstrueres og indkøbes nyt. Personalet skal have mulighed for at kommunikere med hospitalet og de skal have stillet brugbart transportmiddel til rådighed (f.eks. æsel eller muldyr). Minimum 80% af IMCCs midler skal bruges på sundhedsklinikker på landet og max. 20% på hospitalet. Investeringerne skal indgå i kommunens budget og vil ikke blive udbetalt, hvis kommunen ikke yder kontrapart og bruger de lovbefalede 12% af kommunens samlede budget på sundhedssektoren. Der forventes arrangeret fremtidsværksted, hvor investeringsplanerne diskuteres og disse skal så vedtages på de årlige budgetforhandlinger for San Lucas kommune. I forbindelse med investeringsplanlægning og gennemførelse sikres kapacitetsopbygning.
- **Kvindelige sundhedsklubber.** I samarbejde med den ansatte sociolog/antropolog og sygehjælperne skal der etableres kvindelige sundhedsklubber, som skal gennemgå en relevant kursusrække på den lokale sundhedsklinik, hvor undervisningen varetages af sygehjælperen. Ved gennemført kursus uddeles kursusattester.

- **Teenagere undervist i reproduktiv sundhed.** Teenagere i kommunen undervises i reproduktiv sundhed ved en ekstern lokal underviser.
- **RPS-organisation.** Gennem oprettelsen af en organisation for RPS'ere opnås mulighed for et samlende forum, hvor RPS'erne kan diskutere problemer og enes om at fremsætte krav til hospital eller kommune. RPS-bestyrelsen vil deltage i relevante møde med hospital og kommune og sikre informationen til RPS'erne.

Projektet er i udstrakt grad defineret af og skal udføres af partneren i syd. Nærværende projektdokument er i udstrakt grad bygget på arbejdet, som blev realiseret under forundersøgelsen af samarbejdspartnerne i San Lucas. Projektet skal allerede evalueres (review) efter to år af eksterne konsulenter sammen med kommune, hospital og IMCC, hvor der skal udarbejdes et tilpasset projektdokument, fx forventes nogle indikatorer, at kunne præciseres. Desuden er projektet deltager orienteret, da de lokale partnere er med til at revidere evaluerings og monitoreringsplanen løbende.

4.5 Fysiske elementer

4.5.1. Personale:

Gennem hele implementeringsfasen vil der være mindst 2 danske medicinstuderende på projektet. Minimumskravet for at blive udsendt er, at man befinder sig på sidste del af studiet og har gennemgået de kliniske kurser. I ca. $\frac{3}{4}$ af udsendelserne vil der samtidigt være en medfølgende samlever, som indgår i arbejdet på lige fod med de medicinske studenter. Udtagelsesprocedure og aflønning er ens for alle. Udsendelsesperioden er 14 måneder, studenterne udsendes med et halvt års mellemrum, således at der altid vil være en erfaren og en mindre erfaren IMCC'er på projektet. Dette er med til at sikre kontinuiteten i projektet, på trods af den relativt korte udsendelsesperiode. Ved skift er det en 2 måneders overlapsperiode mellem den senest ankomne, og den der står for at skulle rejse hjem. Ved projektstart ansættes, foruden IMCC-personale, Sulma Rospilloso for en 7 måneders periode. Sulma Rospilloso er boliviansk læge og har arbejdet sammen med IMCC i Belisario Boeto, samt en boliviansk NGO, SEDEC. Sulma Rospilloso deltog desuden sammen med en gammel IMCC'er i forundersøgelsen i juli måned 2000. Hendes ansættelse sker for at styrke den vigtige startfase (se jobbeskrivelsen, bilag 12).

4.5.2. Projektbolig:

Erfaringer fra Belisario Boeto gør, at IMCC i lighed med projektet i Azurduy, vil foretrække at købe et hus frem for at leje sig ind. Køb af bolig giver endvidere mulighed for, ved projektets afslutning, at donere denne til formål, der kan støtte projektets videreførelse, f.eks. personalebolig for hospital (p.t. bor 2 læger på et værelse i samme seng på San Lucas Hospital), indkvartering af underviser og kursusdeltagere i forbindelse med kursusafholdelse etc.

Forundersøgelsen fandt ét egnet hus i San Lucas by, og har truffet mundtlig aftale om forkøbsret til dette. Der findes ikke umiddelbart andre egnede huse i San Lucas og IMCC vil nødig presses økonomisk ved f.eks. huslejestigninger, eller midt i projektet skulle finde, evt. bygge, nyt hus pga. uoverensstemmelse af økonomisk eller personlig art med udlejer.

4.5.3. Transportmidler:

Projektet får brug for en terrængående bil pga. hyppige landbesøg og transport af personale og materiale ved f.eks. kursusafholdelse på landet. I San Lucas findes én offentlig telefon og IMCC vil derfor hverken have telefon eller E-mail på kontoret, hvorfor der er nødvendigt at tage til Sucre månedligt for at rapportere til SEDES og Danmark, samt for at købe ind.

Erfaringsmæssigt holder en bil ca. 4 år, inden der opstår problemer med hyppige reparationer til følge. Derfor der i budgettet afsat midler til køb af 2 biler i projektperioden. Efter ca. 4 år vil bilerne blive doneret til hospitalets brug som f.eks. ambulance, mod at hospitalet/kommunen forpligter sig til at vedligeholde og forsikre bilerne.

Ved landbesøg bliver der ofte nødvendigt at foretage dagsrejser til fods eller hest, da mange landsbyer i San Lucas kommune er uden offentlig vejforbindelse. IMCC vil derfor leje heste og muldyr til disse rejser.

4.5.4. Andet udstyr:

Det skal til landbesøgene bruges telte, soveposer, liggeunderlag, feltkøkkener og myggenet. Der vil blive nødvendigt at supplere dette udstyr løbende gennem projektperioden.

5. Resultater

- 1.1 RPS'erne holder foredrag om sygdomme og deres forebyggelse på landsby møder.
- 1.2 Afholdt mindst 10 informationsmøder i 5 kvindelige sundhedsgrupper i distrikterne omkring San Lucas by i samarbejde med ADRA.
- 1.3 Teenagere i kommunen undervist og oplyst om prævention og reproduktiv sundhed.
- 1.4 Målgruppen oplyst om og benytter sig af de nationale sundhedsprogrammer, f.eks. Seguro Basico.

- 2.1 Sundhedspersonalet har deltaget i minimum 10 kurser finansieret af IMCC.
- 2.2 Sundhedspersonalet underviser og laver kurser for kvindelige sundhedsklubber.
- 2.3. Sundhedspersonalet underviser, laver kurser for og superviserer RPS'ere.
- 2.4 Udviklingsplan for sundhedsvæsenet i San Lucas i samarbejde mellem kommunen, hospitalet og IMCC.
- 2.5 Forbedret primær sundhedsinfrastruktur på landet.
- 2.6 Sundhedsklinikkerne er i stand til at modtage og behandle basale sygdomme.
- 2.7 Etablering af kursuslokaler på hospitalet og på landet.
- 2.8 En til to aktive RPS'ere i hver landsby i de 6 distrikter, hvoraf mindst 30% er kvinder.
- 2.9 50 RPS'ere har modtaget medicintaske med indhold, samt deltaget i min. 10 kurser.
- 2.10 RPS'erne udfører mindre behandlinger for landbefolkningen inden for primær sundhed og registrerer disse.

- 3.1 Øget forståelse mellem landbefolkningen og sundhedspersonalet.
- 3.2 RPS-organisationen afholder årlige generalforsamlinger og administrerer sine egne midler og aktiviteter.
- 3.3 RPS-organisationen kan stille krav til myndigheder om rettigheder i forhold til loven om folkelig deltagelse.

6. Aktiviteter

1.1 Udvalgelse af RPS'ere i landsbyerne i de seks udvalgte distrikter.

1.2 Der afholdes årligt 7 kurser af 3-5 dages varighed. I hvert distrikt og et samlet for alle RPS'ere. Første kursus evt. af længere varighed for at starte op.

1.3 I samarbejde med ADRA udnyttes de komparative fordele i indholdet af kvindegruppernes møder, og ved samarbejde om etablering af flere kvindegrupper i landområderne. Disse grupper skal til dels beskæftige sig med sundhedsrelateret adfærd.

1.4 Sygehjælperne udfører supervisionsbesøg i samarbejde med IMCC i hele det distrikt, som hører under sygehjælperen.

2.1 Opførelse af undervisningslokale og IMCC-kontor på hospitalet.

2.2 Kursuskomité bestående af sygehjælper, sygeplejerske, læge, Comité Técnico de Salud, repræsentant for RPS-organisationen og IMCC nedsættes og udarbejder kursusprogram for sundhedspersonalet. Komitéen er ansvarlig for alle kursusmidler som revideres af ekstern revisor.

2.3 Sygehjælpere og sygeplejersker gennemgår 2-4 kurser årligt på hospitalet. Minimum 50% i primær sundhed.

2.4 Udarbejdelse af langsigtet udviklingsplan inden for sundhedsområdet i samarbejde mellem kommunen, hospitalet og IMCC.

2.5 I forhold til hvordan udviklingsplanen for sundhedsområdet ser ud, foretages der investeringer på hospitalet og sundhedsklinikker.
Som opstart modtager alle sundhedsklinikker en startpakke, der dækker de allermost nødvendige medikamenter og udstyr.

3.1 Der ansættes quechuatalende (kvindelig) antropolog/sociolog, som skal analysere kulturen på landet og undervise hospitals- personalet heri. Hun skal desuden undersøge hvor mange aktive fødselshjælpere, RPS'ere og Curanderos (traditionelle behandlere), der er i området.

3.2 Introduktionsmøde med landsbyledere fra alle landsbyer.

3.3 Årligt seminar for landsbyledere i samarbejde med bondeorganisationen.

3.3 Nedsættelse af bestyrelse og afholdelse af årlig generalforsamling i RPS'ernes organisation.

Andre aktiviteter:

4.1 Der udarbejdes et deltager orienteret monitorerings- og evalueringssystem.

4.2 Efter to år laves review af projektet ved eksterne konsulenter, med henblik på at få udarbejdet et tilpasset projektdokument.

4.3 Ansættelse af boliviansk konsulent, som skal facilitere startprocessen.

4.4 IMCC etablerer sig i San Lucas (køb/leje af hus, istandsættelse, køb af biler etc.)

4.5 Produktion af video "når fattige vælger sundhed" til projekt og program relateret oplysning i Danmark.

4.6 Udvælgelse og uddeling af sygehjælper legater til 5 interesserede unge fra kommunen med lyst og evner.

4.7 Der udføres et KAP - studie.

7. Inputs

- 1.1 Transport, kost og logi til besøgende RPS'ere fra Azurduy og Serrano.
- 1.2 Kost, undervisningsudstyr, undervisningsmaterialer og transport til kurserne. Investeringer i medicintasker, medicin og lignende til sundhedsarbejderne.
- 1.3 Transport og evt. løn til undervisere udefra. Undervisningsmaterialer og evt. kost.
- 1.4 Kost og transport.
- 2.1 Materialer, møbler, kontorudstyr og arbejdskraft.
- 2.2 Materialer, revisor.
- 2.3 Transport, evt. diæter og løn til ekstern underviser. Kost og materialer.
- 2.4 Materialer og kost. Midler til studietur.
- 2.5 Penge til investeringer. Kost og materialer til fremtidsværksted.
- 2.6 Transport, kost, materialer.
- 3.1 Løn til sociolog/antropolog. Materialer, kost og transport.
- 3.2 Materialer, transport og kost.
- 3.3 Transport, løn og diæter til eksterne undervisere og konsulenter. Kost, logi og materialer til deltagere.
- 3.4 Transport, løn og diæter til eksterne undervisere/lokal konsulent. Kost, materialer og logi.
- 4.1 Materialer evt. løn og transport til lokal konsulent.
- 4.2 Udgifter til bolivianske og danske konsulenter. Materialer kost og transport.
- 4.3 Løn, billetter og andet til Boliviansk konsulent.
- 4.4 Køb af hus, møbler udstyr, bil mm.
- 4.5 Udgifter til produktion af video (se bilag 17).
- 4.6 Legater, materialer, udstyr og kost og logi.
- 4.7 Materialer, løn og transport.

8. Antagelser

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

- at kommunen og hospitalet ønsker at samarbejde i nødvendigt omfang.
- at hospitalspersonalet har den nødvendige indsigt i og respekt for bøndernes kultur og levemåde.
- at sundhedsmyndighederne bakker op omkring vores kursusaktiviteter.
- at landsbyerne bakker op om projektet ved at udvælge to engagerede RPS'ere og at de senere bakker disse op ved dels at hjælpe dem, mens de er på kurser og dels ved at opsøge deres RPS'er når de er syge og har brug for hjælp.
- at kvinderne viser interesse for at deltage i vores aktiviteter og i kvindegrupper arrangeret af en kvindelig sociolog/antropolog. Desuden antages det, at kvindernes familier bakker op om dem og støtter deres deltagelse i kvindegrupper og eller som RPS'er.
- at korruptionen bliver holdt på et minimum.

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

- at der er politisk velvilje specielt fra kommunens side.
- at der er forståelse mellem autoriteterne i San Lucas og bønderne i landsbyerne.
- at sygehjælperne forstår og taler quechua.
- at kommunen vil give deres kontrapart og vedligeholde de investeringer som er foretaget i fællesskab.

- at kommunen og hospitalet formår at samarbejde på det nødvendige niveau.
- at religiøse og kulturelle skel ikke går i vejen for oplysningsarbejdet.
- at kvinderne får lov til at deltage i kvindegrupper.
- at landsbyen bakker op om RPS'eren også når han holder forebyggende foredrag i landsbyen.

For at delmålene fører til det **overordnede mål** antages det:

- at personalet deltager velvilligt og engageret.
- at der bliver indført et standardiseret registreringssystem.
- at personalet får fri til kurser og ikke bliver udskiftet for meget.
- at kommunen yder sin kontrapart på 12% af det samlede budget til sundhedsdelen.
- at der ikke kommer større epidemier.
- at familierne lader sig interviewe til KAP-studiet.

9. Risici

Et 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 det plejer kun at kunne være et irritationsmoment, der højst giver småforsinkelser. Denne risiko har vi svært ved at gøre noget ved.

Den dårlige organisering i San Lucas kommune og det dårlige forhold mellem kommune og hospitalet, som vi var vidner til under forundersøgelsen er en risiko, der kan besværliggøre samarbejdet. Dette vil vi forsøge at forebygge ved i vid udstrækning at lave projektet til et fællesprojekt mellem hospitalet, kommunen og IMCC og på den måde give alle et incitament til at samarbejde. Vi vil desuden holde kurser i organisering og samarbejde med deltagelse af hospitalet og kommunen. Vi har også aftalt med cheflægen, at begynde at invitere kommunens folk til CAI så de har mere indblik i hospitalets arbejde. Dette har aldrig været prøvet før!

Et anden risiko er det til tider manglende personale på sundhedsklinikkerne, som vil give diskontinuitet og sætte os en del tilbage. Dette søger vi at tage højde for, ved at give sygehjælper studerende legater og ved at henlede SEDES's opmærksomhed på evt. personalemangel.

Manglende samarbejdsvilje hos ledende ressourcepersoner udgør altid en risiko. Dette søges undgået ved hele tiden at medinddrage disse i projektet.

De indgroede kønsroller kan vanskeliggøre kvindernes involvering i projektet. Dette søges forebygget ved ansættelsen af en kvindelig sociolog/antropolog.

10. Organisering og administration

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

10.1 Kursuskomite.

Der er nedsat en kursuskomite bestående af medlemmer fra Comité Técnico de Salud, en læge, en sygeplejerske, en sygehjælper, på længere sigt en RPS'er, samt IMCC. Denne kursuskomite bruger IMCC kontoret på hospitalet, hvorfra kursuskomiteen skal administrere og planlægge uddannelse og træningsdelen af projektet. Kursuskomiteen er medansvarlig for den halvårslige rapportering til SEDES, samt til lokalsamfundet i San Lucas.

10.2 Hospitalet

Hospitalspersonalet er repræsenteret i kursuskomiteen og deltager ved udarbejdelsen af en langsigtet investeringsplan, og har derfor indflydelse på alle dele af projektet. Derudover er det først og fremmest hospitalspersonalet, der har ansvaret for størstedelen af undervisningen. Sygehjælperne og til tider læger og sygeplejersker underviser RPS'erne. Lægerne underviser sygehjælperne fra sundhedsklinikkerne og sygeplejersker på hospitalet. Når kursuskomiteen finder det nødvendigt inddrages eksterne undervisere med specifik ekspertise.

10.3 SEDES

De regionale sundhedsmyndigheder, SEDES, har ligeledes et medansvar for projektet. SEDES kan supervisere IMCC's aktiviteter når det ønskes. Normalt vil dette ske via halvårslige rapporter fra IMCCs/kursuskomiteens side, som fremlægges til åben diskussion. På disse fremlæggelser vil kursuskomiteen søge at rådgive og inspirere SEDES til at bruge erfaringerne fra projekterne i Serrano, Azurduy og nu San Lucas, til selv at lave noget tilsvarende i andre kommuner, så der opstår en spredningseffekt.

SEDES modtager månedlige, bagudrettede redegørelser for IMCC'ernes faktiske tidsanvendelse.

10.4 Comité Técnico de Salud

Den lokale sundhedskomite, Comité Técnico de Salud, består af borgmesteren, hospitalsdirektøren og en repræsentant fra Comité de Vigilancia. Comité Técnico de Salud har den officielle, overordnede kompetence i San Lucas kommune i sundhedsspørgsmål. Comité Técnico de Salud er med i projektets kursuskomite.

10.5 Comité de Vigilancia

Borgernes overvågningskomite skal sikre at kommunen og hospitalet overholder deres forpligtigelser overfor befolkningen, som fx at kommunen giver de lovpligtige 12% af budgettet til sundhedsvæsenet.

10.6 San Lucas kommune

Kommunen skal være med til at udarbejde en langsigtet investeringsplan sammen med hospitalet og IMCC. Ved overdragelser af investeringer eller andet fra IMCC gælder det, at forpligtigelserne til vedligehold og reparation alene påhviler San Lucas kommune. Kommunen vil skulle yde sin kontrapart ved investeringerne og skal minimum bruge de lovmæssige 12% af det samlede budget på sundhedssektoren.

10.7 Bondeorganisationen

Bondeorganisationen er ansvarlig for organiseringen af landsbyerne og disses sundhedsarbejdere. Bondeorganisationen er bøndernes permanente og generelt accepterede organisation i samtlige landsbyer i San Lucas kommune. Alle bønder er medlemmer af bondeorganisationen, men kvinder har ikke indflydelse og er ikke repræsenteret i organisationen. IMCC vil i samarbejde med bondeorganisationen arrangere landsbyleder (dirigent) seminarer.

10.8 Kvindelig Sociolog/antropolog

Den quechuatalende (kvindelig) antropolog/sociolog skal lave antropologiske analyser af sygdomsopfattelsen på landet og undervise hospitalspersonalet heri, for at mindske forståelseskløften mellem land og by. Hun skal lave behovsanalyser indenfor sundhed i landsbyerne med henblik på at definere RPS'ernes arbejdsområde. Herudover er hun ansvarlig for kvindeaspekterne i projektet. Hun skal desuden undersøge hvor mange aktive fødselshjælpere, RPS'ere og Curanderos (traditionelle behandlere), der er i området. Som IMCC'er er hun med i kursuskomiteen og har derfor også medindflydelse på undervisningsplanlægningen.

10.9 IMCC

IMCC's overordnede rolle er at tilse, at projektdokument og samarbejdsaftaler følges. Endvidere tilser IMCC, at opstillede retningslinjer for investeringer følges.

IMCC vil i videst mulige omfang udføre sit arbejde på IMCC kontoret på hospitalet. IMCC'erne vil ikke indgå som arbejdskraft på hospitalet, idet IMCC ikke ønsker at erstatte eller forsinke nødvendig opnormering af hospitalets personale.

IMCC/kursuskomiteen er udover fremlæggelser af halvårlige rapporter til SEDES, også forpligtet til tilsvarende fremlæggelser lokalt i San Lucas ved åbne møder.

10.10 IMCC i Danmark

De udsendte IMCC'ere står til ansvar for IMCC's Ulandsgruppe i Danmark, der er øverste danske projektmyndighed. IMCC's Ulandsgruppe, ca. 30-40 personer, består af hjemvendte og kommende udsendte IMCC'ere. IMCC Ulandsgruppe er direkte ansvarlig over for Danida.

Under Ulandsgruppen består San Lucas gruppen, i øjeblikket af 5 personer, hvis opgave det er at skrive denne ansøgning, og senere under projektet, gennem korrespondance med de udsendte (ca. 1 gang månedligt), at vejlede og supervisere de udsendte i deres arbejde, samt sørge for, at projektets linie og politik i forhold til projektets mål fastholdes. San Lucas gruppen udgøres af tidligere udsendte på Serrano og Azurduy projekterne, samt af tidligere og kommende udsendte på San Lucas projektet.

11. Bæredygtighed

Integrationen af projektets aktiviteter i de lokale strukturer er uhyre vigtig for at sikre bæredygtigheden. Det overordnede mål for denne bæredygtighed er lokal ejerskab og kapacitetsopbygning. Dette efterstræbes ved, at al planlægning og udførelse foregår i samarbejde med SEDES, San Lucas hospital og kommune. Eksempelvis udarbejdes en langsigtet udviklingsplan og uddannelsesplan inden for sundhed i samarbejde med ovenstående institutioner, hvilket muliggør lokal prægning fra starten. Desuden nedsættes lokal styregruppe (med IMCC som medlem) til detalje planlægning og gennemførelsen af kurserne. Ligeledes skal der i fællesskab udarbejdes en arbejdsbeskrivelse, og nedsættes et ansættelsesudvalg, som skal forestå ansættelsen af den lokale antropolog/sociolog. Landbesøg foretages sammen med hospitalet og sygehjælperne etc.

På lang sigt skal de lokale myndigheder med relativt få midler kunne overtage størstedelen af aktiviteterne. San Lucas kommune skal ifølge loven bruge 12% af det kommunale budget på sundhed. Hovedposterne til videreførelse vil blive kursusvirksomhed, såsom efter og nyuddannelse af personale. Det er projektets mål, at sundhedspersonalet kvalificeres fagligt såvel som pædagogisk og derved bliver istand til at varetage mange af disse kurser. Desuden bliver der vedligeholdelse af kursusbygning i San Lucas by. Omkostningsniveauet er holdt lavt, således at det er tilpasset de lokale forhold. Projektet vil ikke bidrage med løn til hospitalspersonale eller investere i avanceret teknologisk udstyr.

RPS: Gennem styrkelse af RPS'ernes organisering i fagforening sikres muligheden for et diskussionsforum til løsning af konkrete problemer, det værende sig af politisk, organisatorisk eller retslig art. Dette sikrer fortsættelsen af det frivillige RPS system.

Landsbyerne: Landsbyerne inddrages ved valg af RPS og udarbejdelse af forpligtende aftaler mellem landsby og RPS omkring RPS sundhedsarbejde i landsbyen. Landsbyen bidrager til RPS'ernes medicintaske som herved tilhører hele landsbyen. Forudsætningen herfor er en velfungerende landsby, hvor befolkningen har indflydelse på beslutningsprocesser. Dette søges styrket ved organisering af sundhedsgrupper (spec. kvindelige) og anden kapacitetsopbygning i landsbyen (RPS og dirigenter).

IMCC's erfaring med lignende projekter i Bolivia er, at disse projekter er socialt acceptable og at mange lokale kræfter støtter op omkring den udvikling som igangsættes. Projektet bygger således på eksisterende institutioners naturlige arbejdsfelt og vi undgår at opbygge parallelle og evt. rivaliserende strukturer.

12. Indikatorer og målopfyldelse

Der skal udvikles et monitorerings og evalueringssystem mellem hospitalet, kommunen, RPS'ere, IMCC og eksterne konsulenter i fællesskab. Vi vil i denne proces trække på erfaringer fra Azurduy projektet, der har gennemført evalueringer og to KAP studier. I arbejdet vil indgå nærmere identifikation og præcisering af indikatorer, således at disse specificeres med hensyn til målgruppe, kvantitet, kvalitet, tid og sted. Arbejdet med et projektmonitorerings og evalueringssystem vil blive en af de første aktiviteter i projektperioden, og skal være færdigt og implementeret inden to år, hvor det reviderede projektdokument er færdigt. Ved udarbejdelsen af disse systemer vil vi besøge og medinddrage samarbejdspartnerne i Serrano og Azurduy.

Vi vil ved ankomsten til San Lucas lave et KAP studie, der ligner KAP-studiet fra Azurduy, men med de foreslåede ændringer, som beskrevet i ”Undersøgelse af sundhedsviden, holdninger og adfærd hos landbefolkningen i Azurduy kommune, Bolivia i 1992 og 1998” (se bilag 21).

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

12.1 For delmål 1:

Ad. 1.1 Udvalgte familier skal udvise større viden om Seguro Basico, ernæring, familieplanlægning, struma, sydamerikansk sovesyge og hygiejne, herunder smitteveje for luftvejs- og mave/tarminfektioner.

Ad. 1.2 Reduceret antal af alvorlige tilfælde af/dødsfald pga. luftvejs- og mave/tarminfektioner.

Ad.1.3 Flere undersøgelser af gravide kvinder, samt flere fødsler registreret på hospitalet.

12.2 For delmål 2:

Ad. 2.1 Sundhedsklinikkerne er udstyret til at udføre primær sundhedstjeneste.

Ad.2.2. Sundhedspersonalet har modtaget minimum 10 fagligt relevante kurser, hvoraf mindst halvdelen af sundhedspersonalets kurser skal være relateret til primær sundhed.

Ad.2.3. Øget antal patientkontakter hos RPS'ere, sundhedsklinikker og hospital.

Ad. 2.4. Sundhedspersonalet planlægger og udfører besøg i landsbyer.

12.3 For delmål 3:

Ad 3.1. RPS-organisation har en bestyrelse og afholder en årlig generalforsamling, hvor sundhedspersonale og kommunal embedsmand deltager.

Ad 3.2. RPS-organisationen's aktiviteter er budgetteret på kommunens budget.

Ad 3.3. Mødereferater og deltagerlister udarbejdes.

12.4 For resultater:

Ad 1.1 Referater fra landsby møder.

Ad 1.2 Der foreligger referat fra samtlige møder.

Ad.1.3 Kursusrapporter.

Ad 1.4 Kursusplaner og hospitalets registreringer.

Ad 2.1 IMCC's Arkiv og regnskab, samt deltagerlister og kursusrapporter fra hospitalet.

Ad.2.2 Kursusrapporter.

Ad.2.3 Kursusrapporter.

Ad 2.4.1 Udviklingsplan foreligger.

Ad.2.4.2 Uddannelsesprogram for sundhedspersonale og RPS'ere udarbejdet og implementeret.

Ad 2.5 Inventarlister og fotodokumentation - før/efter.

Ad 2.6 Antallet af registrerede behandlinger og patient kontakter.

Ad 2.7 Lokalerne er etableret og benyttes.

Ad. 2.8.1 RPS'ernes registreringer bliver afleveret til hospitalet.

Ad 2.8.2 RPS-organisationen's medlemsliste.

Ad 2.9 Hospitalets og IMCC's arkiv.

Ad 2.10 RPS'ernes registreringer.

Ad.3.1.1 Repræsentant for RPS'erne deltager i møderne på hospitalet.

Ad.3.1.2 Hospitalet arkiv herunder flere registreringer under mor/barn forsikring (Seguro Basico).

Ad. 3.2.1 Mødereferater, regnskaber.

Ad 3.3 Aktiviteter fra kommunens side med fokus på landbefolkningen på opfordring fra RPS'ere.

13. Rapportering, monitorering og evaluering

13.1 IMCC'ernes tidsforbrug

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

13.2 Fagbreve

De udsendte IMCC'ere sender hver eller hver anden måned skriftlige redegørelser ("fagbreve") til IMCC i Danmark, hvor implementeringen af projektets aktiviteter beskrives og diskuteres. Samtidig kan eventuelle problemer tages op. IMCC's San Lucas gruppe i Danmark holder gruppemøder, hvor der diskuteres og svares på fagbrevene fra arbejdet i San Lucas.

13.3 Halvårsrapporter

IMCC udarbejder, i samarbejde med de lokale samarbejdspartnere, halvårsrapporter på Spansk, der fremlægges regionalt såvel som lokalt for sundhedsmyndighederne og andre relevante parter. Der vil desuden blive sendt kopier nationalt til sundheds og udenrigsministeriet i henhold til samarbejdsaftalerne med disse. Rapporterne evaluerer fremskridt i forhold til opsatte mål. Ved de halvårlige fremlæggelser lægges op til åbne diskussioner og forslag til ændringer. Der vil desuden lægges vægt på at sundhedsmyndighederne vil få nødvendig indsigt i projektet, til at overføre dele af aktiviteterne til andre områder, hvor IMCC ikke er tilstede, således at der opstår en spredningseffekt. De udsendte IMCC'ere vil endvidere oversætte/resummere halvårsrapporterne til Danida's orientering.

13.4 KAP-studie

Det er af afgørende betydning for tilrettelæggelsen, evalueringen og monitoreringen af projektet, at vi søger fyldestgørende information om målgruppens begrebsdannelse, viden, tro, holdninger, praksis osv., hvilket vi bl.a. vil gøre med et KAP-studie magen til de, der er blevet gennemført og udarbejdet af IMCC i Azurduy. Vi vil dog foretage nogle forbedringer som anbefalet i "Undersøgelse af sundhedsviden, holdninger og adfærd hos landbefolkningen i Azurduy kommune, Bolivia i 1992 og 1998". Dette KAP-studie skal gennemføres ved starten af projektet og skal gentages efter 5 og 10 år. KAP er en engelsk forkortelse for Knowledge, Attitudes and Practices. Rationalet bag gennemførelsen af KAP-studier er opfattelsen af, at ændringer i viden og holdninger er intermediære trin i en beslutningsproces hen imod en ændret adfærd. Gennem strukturerede interview af randomiserede udvalgte repræsentanter for en befolkning, dannes et øjebliksbillede af deres viden, opfattelse af kausalitet, holdninger til problemløsning og ideel praksis, samt af den praktiske håndtering af problemstillingen i dagligdagen. I forhold til en konkret intervention, er KAP-studiet velegnet til at identificere kulturelle overbevisninger, der kan blive barrierer i forhold til de ønskede ændringer.

Formålet med KAP-studierne vil være:

- 1) at belyse viden, holdninger og praksis i forbindelse med basale sundhedsproblemer.
- 2) at skabe grundlag for en senere evaluering af projektet.
- 3) at skabe grundlag for en senere sammenligning mellem San Lucas og Azurduyprojektet.
- 4) at videregive informationerne til målgruppen og de lokale samarbejdspartnere.

13.5 Projektkonsulenter

IMCC vil i de første vigtige 7 måneder have tilknyttet Læge Sulma Rospilloso som lægefaglig konsulent. Hun har før arbejdet i området og var med til at lave forundersøgelsen. Hun vil være et vigtigt bindeled for projektet i startfasen.

Desuden vil vi løbende under projektet tage kontakt til forskellige bolivianske konsulenter, som vi har arbejdet sammen med i Azurduy og Serrano, til fx at supervisere sundhedsarbejdernes generalforsamling og opbygningen af sundhedsarbejdernes organisation.

14. Økonomistyring

14.1 Budget

14.2 Budgetudarbejdelse/revidering

Budget og finansieringsplanen revideres mindst én gang i forbindelse med de årlige, lokale budgetforhandlinger i San Lucas (anno ultimo).

Den lokale Sundhedskomiteé Comité Técnico de Salud, forventes at være planlægger af investeringer i sundhedsinfrastruktur og derfor også at stille budgetforslag. Comité Técnico de Salud forventes i 1998 at lægge en plan, for de følgende fem års investeringer. Denne plan revideres én gang årligt. IMCC

tilser, at pengene fordeles nogenlunde ligeligt over projektperioden, at der foreligger regnskab med bilagsdokumentation, overdragelsesdokumenter samt at investeringsplanen i øvrigt følges.

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

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

Kontoplanen ses som bilag 20.

I forbindelse med budgetopfølgning og -revidering, kan IMCC omfordele penge *inden* for hovedkonti (inden for 1000-gruppen, inden for 2000-gruppen, inden for 3000-gruppen, inden for 4000-gruppen og indenfor 5000-gruppen). Ved evt. ønske om omfordeling af penge *mellem* hovedkonti, ansøges Danida herom.

14.3 IMCC-kasserere

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

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

Specielt for kassereren i Bolivia:

- hver måned sendes en kopi af kasser rapporten til kassereren i Danmark sammen med en opdateret oversigt over forbruget på alle konti.
- der udarbejdes detaljeret aktivitetsbudgettering og der følges op på den mindst én gang om måneden.

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

14.4 Årsregnskab og revision

Regnskabsåret følger kalenderåret med følgende undtagelser:

Første regnskabsår er på 6 måneder, idet projektperioden starter den 1 juli 2001. Sidste regnskabsår er ligeledes på 6 måneder idet projektperioden slutter den 1 juli i år 2006. Ved regnskabsperiodens slutning samles regnskabet fra kassereren i Danmark og kassereren i Bolivia, og det samlede regnskab revideres af en anerkendt revisor i Danmark. Efter godkendelse i IMCC's Ulandsgruppe, forelægges regnskabet dernæst Danida til godkendelse.