

**International Medical Cooperation
Committee
og
SEDES, Chuquisaca**

**Primær sundhedsprojekt i
San Lucas kommune, Chuquisaca, Bolivia**

**Fase 2
2006 – 2011**

Projektdokument

Januar 2005

1	Resumé.....	1
2	Forkortelser.....	3
3	Indledning	4
4	Læsevejledning	5
5	Metodik.....	6
6	Baggrund og problemanalyse.....	7
6.1	Socioøkonomiske forhold.....	7
6.2	Politisk-administrative forhold.....	7
6.3	Strukturen i sundhedssektoren.....	8
6.4	Sundhedssektorens strategier	9
6.5	Sundhedssektorens tilstand i San Lucas.....	10
6.6	Sundhedsproblemerne i projektområdet.....	11
6.7	Civilsamfundet i San Lucas kommune.....	14
6.8	Koordinering og relation til andre projekter og institutioner	15
6.9	Samarbejdspartnere	16
6.10	Projektberettigelse	17
7	Projektstrategi	19
7.1	Projektorganisation.....	21
7.2	Målgruppen	24
8	Projektdesign	25
8.1	Udviklingsmål, målsætning og indikatorer	25
8.2	Projekt mål og indikatorer.....	25
8.3	Resultater og indikatorer	25
8.4	Aktiviteter.....	27
8.5	Andre aktiviteter.....	30
8.6	Ressourcer	31
8.7	Eksterne faktorer	31
8.8	Forudsætninger, antagelser og risici.....	32
8.9	Bæredygtighed.....	33
9	Implementering.....	35
9.1	Implementerings- og exit-strategi	35
9.2	Monitorering og evaluering.....	39
9.3	Budget og finansiering	42
9.4	Økonomistyring og revision.....	42
10	Revision af projektdokument	43
11	Bilag	43
	1. LFA – matrix (Projekt-LFA og Aktivitets-LFA)	
	2. Detaljeret budget	
	3. Kontoplan	
	4. Rameaftale med sundhedsministeriet i Bolivia	
	5. Rameaftale med udenrigsministeriet i Bolivia	
	6. Samarbejdsaftale med SEDES, Chuquisaca	
	7. Samarbejdsaftale med San Lucas kommune	
	8. Samarbejdsaftale med San Lucas Hospital	
	9. Samarbejdsaftale med Bondefagforeningen	
	10. Kort over Bolivia med Chuquisaca	
	11. Kort over San Lucas kommune	

1 Resumé

Land og sektor	Bolivia, sundhedsprojekt
Projekt titel	Primær sundhedsprojekt i San Lucas, Bolivia
Udviklingsmål	At fremme sundhedstilstanden for landbefolkningen i indsatsområdet med særligt fokus på kvinder og børn under 5 år
Projektmål 1	At styrke landbefolkningens motivation og evne til organisering på sundhedsområdet med henblik på at varetage egne interesser i forhold til kommunens sundhedsudvikling samt at øge interessen i egen sundhed
Projektmål 2	At styrke sundhedssystemets decentralisering med henblik på at sundhedstiltag og fordelingen af ressourcer i større udstrækning opfylder landbefolkningens behov
Målgruppe	Landbefolkningen i indsatsområdet i San Lucas kommune omfatter i alt 17.751 personer, heraf udgør kvinder 6.826, mænd 7.699 og børn under 5 år 3.226. Målgruppen bor spredt og langt fra sundhedsklinikker og hospitalet.
Resultater 1.1	Øget viden om sundhed blandt landbefolkningen
Resultater 1.2	Det officielle sundhedssystem integreres i større grad udstrækning i den traditionelle sygdomsbehandling på landsbyniveau
Resultater 1.3	Landsbyautoriteter understøtter sundhedsarbejdet på landsbyniveau
Resultater 1.4	Styrket organisering af frivillige sundhedsarbejdere
Resultater 2.1	Hospital og sundhedsklinikker yder et forbedret sundhedstilbud
Resultater 2.2	Den traditionelle sygdomsforståelse integreres i større grad i det officielle sundhedssystem
Resultater 2.3	Den frivillige sundhedsarbejdere er motiveret og udfører sit arbejde kompetent i koordination med sygehjælper
Resultater 2.4	Øget koordinering blandt Ngo'er og sundhedsmyndigheder med henblik på at regionale sundhedsstrategier bliver tilpasset landbefolkningens forhold
Antagelser og risici	Den til tider ustabile politiske situation i Bolivia udgør et usikkerhedsmoment. Det er dog San Lucas Projektgruppens erfaring, at afsidesliggende regioner som San Lucas kommune sjældent påvirkes udover mindre forsinkelser i arbejdet.

	<p>Manglende samarbejdsvilje og –evne hos centrale aktører og ressourcepersoner, særlig hos hospitalsledelse og kommunen udgør en risiko. San Lucas Projektgruppen lægger derfor vægt på at inddrage samarbejdspartnere i så stor udstrækning som muligt og indgå i en kontinuerlig dialog med de respektive parter.</p> <p>Kulturelt bestemte kønsroller og adfærdsmønstre kan vanskeliggøre inddragelse af kvinder og landbefolkning i projektaktiviteter. Dette søges forebygget ved ansættelse af en kvalificeret og lokalt opvokset kvindelig socialarbejder.</p> <p>Baseret på den nuværende strategi vurderes yderligere 5 år at kunne bidrage til at implementere og konsolidere effekten af de gennemførte uddannelses-, investerings- og informationsaktiviteter.</p>
Partnerorganisationer	<p>Den primære partner er hospitalsledelsen i San Lucas kommune. Samarbejdet sigter på, at opnå en større inddragelse af landbefolkningen og hensyntagen til deres behov på sundhedsområdet.</p> <p>Derudover samarbejdes med aktører og organisationer fra landbefolkningen, herunder bondefagforening, landsbyautoriteter, OCIACS, Inti Pallay og kvindegrupper.</p>
Ansøgt beløb	7.891.557 DKK
Projektperiode	1.juli 2006 – 30.juni 2011

2 Forkortelser

ACS	Agentes Comunitarios de Salud (Frivillig sundhedsarbejder i landsbyen)
ADRA	Adventist Development and Relief Agency
AIEPI	Atención Integral a Enfermedades Prevalentes Infatiles (Nationalt mor-barn sundhedsprogram. Udspringer af WHO's IMCI)
CAI	Comite de Analizes e Información (Problemanalyserende og -løsende Sundhedsforum)
DANIDA	Danish International Development Assistance
DILOS	Directorio Local de Salud (Kommunal sundhedskomité)
IMCC	International Medical Cooperation Committee
KAP	Knowledge, Attitude and Practices study
LFA	Logical Framework Approach
INE	Instituto Nacional de Estadística – Bolivia (Nationalt statistik kontor, www.ine.gov.bo)
NGO	Non-Governmental Organization
OCIACS	Organización Campesina Integral de los Agentes Comunitarios de Salud
POA	Plan Operativo Anual (Årlig kommunalplan og budget)
PDM	Pland de desarrollo Municipal San Lucas (Kommunal udviklingsplan)
PHC	Primary Health Care
SEDES	Secretaría Departamental de Salud (Sundhedsministeriet)
SNIS	Sistema Nacional de Información Estadística (National sundhedsstatistik)
SUMI	Seguro Universal Materno y Infantil (Sygesikring for gravide kvinder og børn)
UNISUR	Sammenslutningen af NGO'er i Chuquisaca
USAID	US Agency for International Development
WHO	World Health Organization

3 Indledning

IMCC indledte i 2000 sit arbejde med et primær sundhedsprojekt i San Lucas kommune, Bolivia. Projektets overordnede formål er at bidrage til at forbedre sundhedstilstanden og fremme sundhedsudviklingen blandt landbefolkningen med særligt fokus på kvinder og børn under fem år.

Projektet har indtil nu omfattet:

- **Forundersøgelse**, juni – december 2000.
Problemanalyse samt møder med potentielle samarbejdspartnere og interessenter. Forberedelse af første hold projektmedarbejdere til udsendelse.
- **Fase 1**, juli 2001 - juni 2006.
Projektperiode med implementering af projektaktiviteter omfattende støtte til frivillige sundhedsarbejdere, uddannelse for sundhedspersonale, investeringer i sundhedsinfrastruktur, opstart af kvindegrupper, støtte til organisering og undersøgelser af sygdomsforståelse blandt landbefolkningen.

En ekstern projektevaluering foretaget i marts 2004 anbefaler i sin konklusion, at der bør søges om en projektførlængelse på yderligere fem år på baggrund af de anvendte strategier og de betydelige resultater, som projektet har opnået i de første tre år. Evalueringsrapporten er tilsendt Danida.

Dette projektdokument beskriver således en ny projektfase, som bygger videre på de hidtidige erfaringer med henblik på at understøtte og styrke indsatsen på sundhedsområdet i San Lucas kommune.

- **Fase 2**, juli 2006 – juni 2011
Afsluttende projektperiode, der sigter mod at forankre aktiviteter lokalt blandt landbefolkningen og samarbejdspartnere for at gennemføre en kontrolleret og bæredygtig udfasning af projektet med henblik på en lokal overdragelse og videreførelse af udvalgte aktiviteter.

Projektdokumentet er udarbejdet i Bolivia af San Lucas gruppen i tæt samarbejde med lokale samarbejdspartnere og interessenter i civilsamfundet.

Projektdokumentet er sammen med en projektansøgning indsendt til godkendelse hos DANIDA i januar 2005.

San Lucas Projektgruppen

4 Læsevejledning

Læsevejledningen beskriver den struktur og de principper, der ligger til grund for projektdokumentet. Vejledningen søger at øge tilgængeligheden for læseren og understøtter, at projektdokumentet kan anvendes som et konkret og relevant arbejdsdokument i hele projektperioden.

Målgruppen for projektdokumentet

Projektdokumentet henvender sig især til San Lucas Projektgruppen og de projektarbejdere, der skal udsendes på projektet. Derudover henvender dokumentet sig til IMCC's samarbejdspartnere og eksterne interessenter i Bolivia og Danmark.

Der vil blive udarbejdet en spansk udgave af dokumentet til brug for samarbejdspartnere og andre interessenter.

Hensigten med projektdokumentet

Projektdokumentet er et arbejdsdokument, der udstikker de overordnede rammer for projektet samt beskriver strategier til opnåelse af målsætningerne. IMCC's erfaringer viser, at forandringer i projektomgivelserne og indsatsområdet nødvendiggør en stor grad af fleksibilitet i projektplanlægning.

Således bør projektdokumentet:

- Udstikke faste rammer for projektet - uden at blive en spændetrøje
- Tillade fleksibilitet – uden at miste fokus og retning

Endvidere skal projektdokumentet åbne for en procesorienteret projektilgang, hvor læring oparbejdet i projektforsøget bliver inddraget til revidering af konkrete aktiviteter med henblik på at opnå en bedre målopfyldelse.

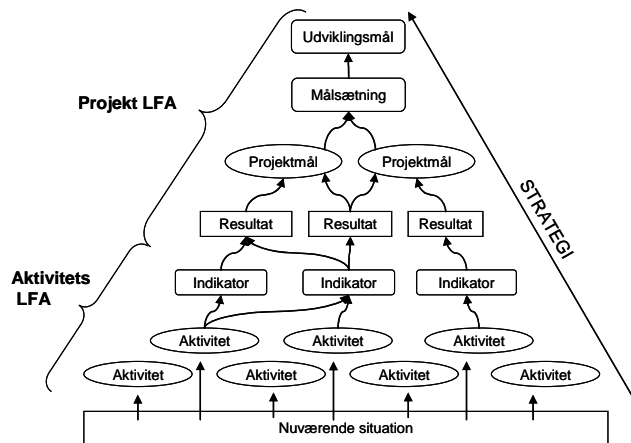
Struktur for projektdokumentet

Den nødvendige fleksibilitet og procesorientering opnås ved, at projektets overordnede målsætning (*Hvad projektet ønsker at opnå*) er fastlagt, mens der er indbygget fleksibilitet med hensyn til aktiviteter (*Hvordan projekter søger at opnå målsætningen*). Vi arbejder således med en todeling af LFA matricen (Logical Framework Approach), der som central analysemodel ligger til grund for projektdokumentet. Dette projektdokumentets LFA består således af:

1. En projekt-LFA, der definerer projektets rammer og målsætninger, og som ikke bør ændres i projektperioden. Ændringer og tilpasninger i projektaktiviteter skal altid ske under hensyntagen til den overordnede målsætning og projektmålene.
2. En aktivitets-LFA, der på aktivitetsniveau beskriver de konkrete tiltag, der indgår i projektstrategien. Denne vil blive revideret ved behov, f.eks. for at tage højde for ny viden eller ændrede forudsætninger. Revision bør ske ved behov, typisk i forbindelse med den halvårslige projektgennemgang.

Projekt-LFA'en er således overordnet aktivitets-LFA'en i den forstand, at aktiviteterne skal føre til de overordnede mål beskrevet i Projekt-LFA'en. Eksempelvis er det hensigten, at en succesfuld udførelse af aktiviteterne 2.1.1-2.1.7 skal sikre opnåelse af resultat 2.1.

Figur 1: Design af projektdokumentet



Sammenhængen mellem en given aktivitet og et resultat i LFA'en er udtryk for et bevidst valg og fravalg, der sikrer LFA-modellens logiske sammenhæng. For en række af aktiviteterne gælder det, at de konkret bidrager til mere end ét resultat og derfor skal vurderes i sammenhæng med andre aktiviteter.

Strategipapir

Et strategipapir beskriver kort målsætning, fremgangsmåder og indsatser for aktiviteten igennem projektperioden.

Strategipapirer for hver enkelt aktivitet vil blive formuleret af San Lucas

Projektgruppen i forlængelse af den foreliggende aktivitets-LFA. Samlingen af strategipapirer vil dermed udgøre et vigtigt internt arbejdsbilag til nærværende projektdokument, som vedlægges efterhånden som de udarbejdes. Strategipapirerne er udgangspunkt for den halvårslige projektgennemgang og revideres efterhånden, som projektet udfolder sig. Det deltagerorienterede monitoreringssystem udgør et centralt værktøj i denne revisionsproces. Monitoreringssystemet er nærmere beskrevet under afsnit 8.3.

For aktiviteter der videreføres fra fase 1 udarbejdes strategipapirerne i foråret 2005. For aktiviteter der startes op i fase 2, vil San Lucas Projektgruppen ligeledes udarbejde et første udkast til strategipapirerne i foråret 2005 og revidere dem ved starten af fase 2.

5 Metodik

Projektdokumentet er udarbejdet på grundlag af en række workshops, der er afholdt af IMCC's projektarbejdere og samarbejdspartnere. Således er alle de lokale aktører og

repræsentanter for landbefolkningen samt sundhedsvæsenet blevet inddraget i processen med at formulere behov og ønsker. På denne baggrund er mulige aktiviteter og tiltag for det fremtidige projektarbejde blevet skitseret.

Ligeledes har resultater og konklusioner fra den nylig gennemførte midtvejsevaluering baseret på interviews og workshops, bidraget som grundlag for analyser og overvejelser.

Efterfølgende har San Lucas Projektgruppen analyseret og systematiseret alle bidrag og formuleret nærværende projektdokument. Der er i processen yderligere søgt rådgivning hos Projektrådgivningen samt andre eksterne ressourcepersoner med henblik på kommentering og vurdering.

Ligeledes er ambassaden i La Paz på et møde blevet informeret om den ønskede projektførelængelse, den planlagte strategi for fase 2 og nærværende arbejde med en ansøgning.

6 Baggrund og problemanalyse

6.1 Socioøkonomiske forhold

San Lucas er beliggende i Nor Cinti provinsen i Chuquisaca departementet, Bolivia. Provinsen er et af de fattigste i Bolivia, idet kommunen har en fattigdomsprocent på 97 % (INE:2001). San Lucas kommune omfatter et areal på 4.251 km² og har et indbyggertal på 36.714 (PDM:2002). Heraf udgør kvinder 19.484 (53 %) og mænd 17.230 personer (47 %). Antallet af børn under 5 år er i alt 5.902, heraf udgør piger 2.963 (50 %) og drenge 2.939(50 %). Geografisk spænder kommunen over et meget varieret område fra tør og gold højslette (3.201 – 4.000 moh.) til frugtbare dale med et subtropisk klima (2.600 moh.).

Over 90 % (INE:2001) af befolkningen bor på landet og flertallet er subsistenslandbrugere af indiansk oprindelse. Der er mangel på dyrkbar jord og de fleste jordlodder er tørre og små, hvilket fører til et lavt udbytte, der oftest kun strækker til selvforsyning. Den dårlige socioøkonomiske situation resulterer i en høj periodevis arbejdsrelateret migration. En stor del af den mandlige befolkning migrerer således, særligt i månederne juni-oktober, til de større byer i Bolivia eller til Argentina. Dette skyldes blandt andet bøndernes dårlige muligheder for at producere og afsætte landbrugsvarer som følge af dårlig infrastruktur samt de geografiske og klimatiske forhold.

Uddannelsesniveaueet i San Lucas kommune er generelt lavt med en analfabetisme på 55 % (INE:2001), hvoraf kvinder udgør de 69 %. (INE:2001). Sproget er overvejende quechua, selv om der tales og forstås en del spansk i de fleste landsbyer. Især kvinder har generelt dårlig adgang til uddannelse, sundhedsfaciliteter og lønnet beskæftigelse. Mange kvinder har aldrig gået i skole.

6.2 Politisk-administrative forhold

San Lucas kommune er administrativt opdelt i 12 distrikter samt 11 cantoner. Hvert distrikt omfatter mellem 4 og 22 landsbyer. I alt er der 120 landsbyer i hele kommunen.

Kommunen ledes af en valgt repræsentation, Consejo municipal (byråd) med en borgmester i spidsen. Desuden findes Comité de Vigilancia (borgernes overvågningskomité), som ifølge "Loven om Folkelig Deltagelse" har til opgave at kontrollere de kommunale myndigheders forvaltning af økonomiske midler og budgetter samt planlægningen og gennemførelsen af investeringer og aktiviteter.

Sideordnet med de nævnte instanser findes præfekturer i alle Bolivias ni departementer og tilhørende sub-præfekturer i alle provinser. Præfekturraterne er regeringsudnævnte organer, der på linie med byrådet, om end i mindre omfang, råder over dele af skatteprovenuet fordelt af regeringen i La Paz.

Endelig er landsbyerne organiseret med en række autoriteter, der tilsammen udgør landsbyens bindeled til kommunen og øvrige myndigheder.

Hvert år vælges en dirigent til at repræsentere landsbyen i bondefagforeningen. Bondefagforeningen er repræsenteret nationalt, departementalt, provinsielt, i hver canton og landsby. Derudover findes en række andre ansvarsposter, som besættes efter et rotationssystem for ét år ad gangen, f.eks. den ansvarlige for sundhed.

I San Lucas kommune findes derudover en traditionel form for organisering, kaldet ayllus. For en mere detaljeret beskrivelse af de politisk- administrative forhold henvises til Plan de Desarrollo Municipal (PDM: 2002)

Bolivia påbegyndte i 1994 en politik, der skal modernisere staten gennem "Lov om Folkelig Deltagelse" og "Lov om Decentralisering". Lovene kombinerer overdragelse af ansvar til landets kommuner, fordeling af de offentlige instansers kompetence, decentral tildeling af ressourcer og folkelig deltagelse i analyse- og beslutningsprocesser. Således har regeringen forpligtet sig til at decentralisere sundhedsvæsenet, og det er meningen, at bønderne i langt højere grad skal have indflydelse på den kommunale udvikling. Dette skal borgernes overvågningskomité være med til at sikre. I år 2000 blev en ny lov vedtaget, "Loven om folkelig dialog 2000". Hensigten er at mindske fattigdommen gennem en decentral og målrettet fordeling af midler, frigivet af internationale gældssaneringsprogrammer for Bolivia.

6.3 Strukturen i sundhedssektoren

Sundhedsministeriet, Ministerio de Salud y Deportes, i La Paz er formelt set øverste ansvarlige myndighed for den sundhedspolitiske udvikling. Meget arbejde er delegeret ud til de departementale sundhedsmyndigheder, SEDES. Hvert departement er inddelt i sundhedsdistrikter. Hvert distrikt (f.eks. Red Camargo, for San Lucas vedkommende) udgør den koordinerende sundhedsmyndighed for de tilknyttede kommuner, der ledes af en cheflæge. Sundhedspersonalet i kommunerne arbejder ud fra retningslinier, der udstikkes af SEDES, og de indberetter sundhedsdata hertil månedligt.

På kommunalt plan udgør sundhedskomiteén DILOS (Directorio Local de Salud) det øverste sundhedsorgan. DILOS har til opgave at stå for projektering og budgettering indenfor sundhed som led i den gradvis større decentralisering af sundhedsvæsenet. DILOS er sammensat af borgmesteren, cheflægen, en repræsentant for byrådet, en repræsentant for borgernes overvågningskomité samt efter behov repræsentanter fra

NGO'er, der arbejder med sundhed.

Hospitalet i San Lucas er referencehospital for hele San Lucas kommune og dermed ansvarlig for 3 sundhedscentre og 16 sundhedsklinikker. Sundhedscentrene er hver bemandet med en læge og en sygehjælper, mens hver sundhedsklinik er bemandet med en sygehjælper. Sygehjælperne er ansvarlige for at administrere de frivillige sundhedsarbejdere i landsbyerne, ACS (Agente Comunitario de Salud). Desuden findes der traditionelle fødselshjælpere og behandlere i landsbyerne, som det er officiel strategi at forsøge i højere grad at inddrage i sundhedsvæsenet.

Sygehjælperne superviserer de frivillige sundhedsarbejdere i landsbyerne tilknyttet deres områder som led i den nationale sundhedsstrategi. Sundhedsarbejderne er det yderste led i kommunens sundhedstilbud og udgøres af frivillige bønder. Deres arbejde er primært præventivt i form af sundhedsoplysning på landsbymøder og i mindre omfang kurativt.

IMCC har en gældende samarbejdsaftale med det bolivianske sundhedsministerium (Convenio de Aplicación de Políticas Nacionales en Salud, se bilag 4) samt en samarbejdsaftale med det bolivianske udenrigsministerium, der tillader os at arbejde i Bolivia (Acuerdo Marco, se bilag 5)

6.4 Sundhedssektorens strategier

Sundhedssektoren i Bolivia følger en overordnet strategi, der lægger vægt på mor-barn sundhed, familieplanlægning og immunisering.

Den nationale sundhedsforsikring SUMI (Seguro Universal Materno e Infantil) omfatter en række ydelser målrettet mod kvinder og børn under 5 år. Således har alle kvinder ret til et minimum af gratis sundhedsydelser i forbindelse med graviditet. Ligeledes omfatter forsikringen gratis ydelser til børn under 5 år.

Siden 1996 har Bolivia tilstræbt at indføre et WHO-lanceret program, AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes Infantiles), der har som hovedformål at nedbringe mødre- og børnedødeligheden i Bolivia. I AIEPI programmet indgår frivillige sundhedsarbejdere, som en integreret del af strategien til forbedring af sundhed. Indsatsen er koncentreret omkring undervisning af ACS'erne i luftvejsinfektioner, diarré og fødsler med henblik på at kunne henvise patienter til sundhedsklinikker og arbejde præventivt i landsbyen.

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. Det er meningen, at den kommunale sundhedsudvikling i højere grad skal styres lokalt gennem DILOS. Dette har i praksis vist sig vanskeligt at gennemføre, idet opstarten af DILOS har været forsinket, og især landbefolkningen ikke får gjort sin indflydelse gældende.

SEDES sundhedsstrategi for San Lucas kommune og Chuquisaca har som målsætning at reducere børne- og mødredødeligheden, samt dødeligheden generelt. Derudover

sigter strategien mod at øge tilgængeligheden af sundhedsydelse, særligt på landet, fremme civilsamfundets deltagelse i og kontrol med sundhedsvæsenet og styrke fokus på forebyggende indsatser (SEDES Chuquisaca, Plan Estratégico: 2005)

IMCC San Lucas vil fortsat arbejde inden for disse rammer og vil så vidt muligt integrere sit arbejde i kommunens sundhedskomiteé DILOS' strategier.

6.5 Sundhedssektorens tilstand i San Lucas

Hospitalet i San Lucas er referencehospital for hele kommunen og er administrativt ansvarlig for 3 sundhedscentre og 16 sundhedsklinikker, hvoraf der ikke er vejforbindelse til de 4 af sundhedsklinikkerne. Afstanden imellem sundhedsklinikker og hospitalet i San Lucas er mellem 18 og 180 km.

Sundhedsklinikkerne ligger ofte isoleret i et uvejsomt og bjergrigt terræn, der gør kommunikation og transport meget vanskelig mellem sundhedsklinik og hospital samt ikke mindst mellem landsby og sundhedsklinik. Det betyder, at hospitalspersonalet sjældent kommer ud på sundhedsklinikkerne samt at landbefolkningen har dårlig adgang til sundhedsydelser pga. de tidsmæssigt lange afstande.

Yderligere er det faglige niveau blandt sygehjælpere lavt, hvilket skyldes utilstrækkelig uddannelse med mangelfuld supervision og støtte fra hospitalet i San Lucas. Dette medfører bl.a. en uhensigtsmæssig anvendelse af medicin, ukorrekt registrering af sundhedsdata og manglende brug af det offentlige sundhedstilbud. Ligeledes mangler sundhedsklinikkerne ofte den nødvendige medicin til at kunne tilbyde og gennemføre basale behandlinger.

Landbefolkningens ringe adgang samt manglende viden om og tillid til det offentlige sundhedsvæsen betyder, at mange stadig udelukkende bruger de traditionelle behandlere. Det etablerede sundhedsvæsen udviser en manglende forståelse for den traditionelle sygdomsopfattelse og lille interesse i information rettet mod landbefolkning på dennes vilkår bl.a. sprogligt og kulturelt, hvilket medfører en manglende tillid mellem sundhedsvæsen og lokalbefolkning.

Hospitalet i San Lucas er personalemæssigt normeret til 1 tandlæge, 2 sygeplejersker, 4 sygehjælpere og 8 læger, heraf 5 i San Lucas og 1 på hvert af sundhedscentrene. Dertil kommer 1 farmaceut, 1 laborant samt 3 administrative personer. Størstedelen af sundhedspersonalet er ansat under SEDES, mens enkelte er lokalt ansat af kommunen. Hver af de 16 sundhedsklinikker er bemandet med en sygehjælper. Yderligere fungerer en sygehjælper som fast vikar og tilser sundhedsklinikken i tilfælde af ferie mm. Officielt er der i kommunen ca. 200 frivillige sundhedsarbejdere samt anslået omkring 60 traditionelle fødselshjælpere og 162 traditionelle behandlere (PDM: 2001). Desuden er der altid et antal læge-, sygepleje- og tandlægestuderende i turnus på hospitalet. Der er dog til tider store problemer med at få besat lægestillinger på San Lucas hospital, dette gælder særligt kirurg- og gynækologstillinger.

6.6 Sundhedsproblemerne i projektområdet

Projektområdet hører til blandt de fattigste regioner i Bolivia, hvilket bl.a. afspejler sig i sundhedsstatistikken for San Lucas kommune.

Gennemsnitslevealderen i Bolivia er 63 år (INE:2001), mens den for San Lucas kommune er 54 år (PDM:2002). Spædbarnsmortaliteten er i Bolivia 67/1000 (INE: 2001), mens den for San Lucas er 91/1000 (INE: 2001). I San Lucas har 88 % af familierne ikke adgang til vand i husene. Ifølge sundhedsmyndighedernes statistik (SNIS: 2003) er samtlige børn under 5 år årligt i kontakt med sundhedsvæsenet pga. diarré og 21 % pga. luftvejsinfektioner. Kommunen har årligt 2- 4 mødredødsfald som følge af komplikation ved fødsler.

Sundhedsproblemerne blandt voksne er relateret til en endemisk forekomst af sydamerikansk sovesyge (Chagas' syge), jodmangelstruma samt luftvejssygdomme og diarré. Derudover er der en hyppig forekomst af tuberkulose og i de lavere liggende dalområder også malaria.

Der ses mange komplikationer ved fødsler såsom svangerskabsforgiftning, vaginale blødninger, mangel på fødsel af moderkagen samt forkert lejring af barnet. Unge teenagemødre og mødre over 35 er specielt udsat for disse komplikationer. Graviditetskomplikationer angives at være den største årsag til den høje dødelighed for voksne kvinder i kommunen.

Vigtige medvirkende årsager til den høje sygelighed og dødelighed er ikke kun manglende ressourcer, men i højere grad en skæv fordeling af ressource mellem land og by. Den geografisk isolerede placering og det uvejsomme terræn, med deraf følgende lange transportveje, gør ligeledes tilgængeligheden til de eksisterende sundhedstilbud dårlig. En anden vigtig årsag til særlig kvinder og børns ringe sundhed er målgruppens manglende kendskab til de gratis sundhedstilbud under sygeforsikringen SUMI og manglende generel viden om de officielle behandlingstilbud.

På baggrund af projekterfaringer og offentlige statistikker udgøres de grundlæggende hovedårsager til sundhedsproblemer i området af:

<p>Mangelfuld viden blandt landbefolkningen om basal sundhed, og manglende mulighed for korrekt sundhedsadfærd.</p>	<p>Manglende viden om og mulighed for basal sundhed fører til dårlig hygiejne, hvilket medfører mange infektioner, der specielt er årsag til diarré. Talrige infektioner og den dårlige ernæring giver dårlig trivsel, høj sygelighed og høj dødelighed. Dette afspejles i den lave gennemsnitslevealder. Manglende 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 sygeforsikring dækker, hvilket medfører, at de gratis sundhedstilbud for gravide kvinder og børn under 5 år ikke udnyttes. Familierne bruger ofte en del af de sparsomme ressourcer på at være syge og mister dermed mulighed for at forbedre deres livssituation.</p>
---	--

<p>Landbefolkningens svage organisering begrænser deres indflydelse på den lokale udvikling, herunder indenfor sundhed.</p>	<p>Landbefolkningens organisering er svag. Den eneste eksisterende lokalt dækkende struktur er bondefagforeningen, hvor alle bønder automatisk er medlemmer. Organiseringen af landbefolkningen er afgørende for, at sundhedsarbejdet på landet kan nå bredere ud til målgruppen. San Lucas Projektgruppen har fundet det afgørende at støtte landbefolkningens organisering. Dette gøres ved nært samarbejde med bondeofagforeningen, ACS'ernes organisation og landsbyernes autoriteter. Disse har tidligere vist sig at være værdifulde samarbejdspartnere.</p>
<p>Kvinder inddrages i ringe grad i lokalområdets udvikling, herunder indenfor sundhed.</p>	<p>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, der ofte foregår på spansk. De er således ofte udelukket fra at kunne få indflydelse på den lokale udvikling, en tendens der også skyldes mandens dominerende rolle – typisk giver manden ikke kvinden lov til at deltage i aktiviteter udenfor hjemmet. Kvinderne er meget svagt organiserede og har dermed ringere mulighed for at påvirke egen og familiens sundhedstilstand. Det er af afgørende betydning at nå denne gruppe for at forbedre sundhedstilstanden, fordi det er kvinderne, der har ansvaret for børnenes og familiens sundhed. I et geografisk set begrænset område omkring San Lucas fungerer kvindeorganisationen Inti Pallay. Den er oprettet på eget initiativ fra kvinderne. IMCC vil søge at udbrede organisationen til indsatsområdet på landet.</p>
<p>Sundhedsvæsenet, der er tilgængelig for landbefolkningen, er præget af dårlig infrastruktur og mangelfuld organisering</p>	<p>Store geografiske afstande og manglende veje fører til, at landbefolkningen ofte ikke har mulighed for at bruge sundhedstilbudene. Ligeledes er det svært for sundhedspersonalet at opsøge fjerntliggende landsbyer i forbindelse med f.eks. vaccinationsprogrammer eller i tilfælde af problemer ved fødsler. Dette medfører bl.a. mangelfuld vaccinationsdækning og øget risiko ved fødsler.</p> <p>Dårlig organisering og planlægning internt i sundhedsvæsenet medfører dårlig kommunikation mellem f.eks. hospital og sundhedsklinikker. Der er en mangelfuld supervision af sygehjælpernes arbejde, hvilket fører til lav kvalitet, mangel på motivation og tab af viden. Infrastrukturen, hvad angår antallet af og udstyret på sundhedsklinikkerne, er blevet væsentligt forbedret i løbet af de sidste 5 år. Der mangler dog fortsat en langsigtet planlægning af aktiviteter og investeringer, der tilgodeser landbefolkningen på lige fod med bybefolkningen.</p>
<p>Sundhedspersonalet er uddannet i kurative funktioner, men utilstrækkeligt uddannet til at yde en</p>	<p>Viden om og fokusering på forebyggende indsatser er ikke tilstrækkelig, og supervision af læger, sygeplejersker og sygehjælpere er mangelfuld. Den mangelfulde uddannelse viser sig også ved en til tider uhensigtsmæssig brug af medicin og fejlbehandlinger.</p>

forebyggende indsats	<p>Sundhedspersonalet, særligt lægerne, har ofte en lille forståelse for landbefolkningens vilkår, problemer og behov. Patientkontakten foregår sjældent på patientens præmisser ved at tage højde for sproglige og kulturelle barrierer og landbefolkningens sygdomsopfattelse. Dette medfører, at landbefolkningen ofte får en dårlig oplevelse som patienter og mister tilliden til sundhedsvæsenet.</p> <p>Sundhedspersonalets motivation til at arbejde med forebyggende indsatser er lav, da monitorering og incitamentssystemet er koncentreret om den kurative indsats.</p>
Kommunikation og samarbejde mellem den officielle og traditionelle sektor er utilstrækkelig.	<p>De traditionelle fødselshjælpere og behandlere (curanderos, herbalistas, sotos, etc.) har et langt større antal patientkontakter end det officielle sundhedssystem, og er interesserede i et samarbejde med det officielle system. Det er national sundhedsstrategi at inddrage traditionelle sygdomsopfattelser og behandlere i det officielle system, men på grund af manglende retningslinier og interesse for samarbejdet, er der kun få og sporadiske tiltag fra sundhedsvæsenet i San Lucas kommune med henblik på at fremme denne integration.</p> <p>Landbefolkningen forstår sundhed og sygdom ud fra termer, der korresponderer med de traditionelle behandleres, og som oftest er meget forskellige fra den biomedicinske sygdomsforståelse, der hersker i det officielle system. Eftersom der i det officielle system ikke udvises tolerance overfor den traditionelle forståelse, er det meget begrænset tilknytning, der ses mellem landbefolkningen og det officielle behandlingstilbud. Der er således relativt få patientkontakter på sundhedsklinikkerne og hospitalet – landbefolkningen opsøger i højere grad det uformelle system af traditionelle behandlere.</p> <p>De traditionelle behandlingsregimer er meget anderledes end, hvad der foreskrives i den biomedicinske lærdom, og ofte vil behandlingen synes utilstrækkelig eller uhensigtsmæssig ud fra en biomedicinsk forståelse. Det er ikke IMCC's hensigt at forhindre landbefolkningen i at anvende de traditionelle behandlere og deres forklaringsmodeller, men snarere at opnå en erfaringsudveksling mellem det traditionelle og officielle system.</p>
Støtten til de frivillige sundhedsarbejdere er utilstrækkelig	<p>Frivillige sundhedsarbejdere indgår som del af den nationale sundhedsstrategi for kommunen. Hospitalet er begyndt at tage ansvar for planlægning og implementering af uddannelse og supervision af ACS'erne, men er stadig meget afhængig af NGO'ers støtte hertil. Relationen mellem sygehjælpere og sundhedsarbejderne er ofte svag pga. manglende motivation til at indgå aktivt i samarbejdet.</p>

	<p>De frivillige sundhedsarbejdere er praktiske analfabeter, der lever på et eksistensminimum og derfor har sparsomme ressourcer til at udføre det frivillige sundhedsarbejde. De får meget varierende opbakning fra deres landsbyer i deres arbejde, hvilket skyldes, at det for landsbyen kan være svært at forstå og se udbyttet af den frivillige sundhedsarbejders rolle. Dette fører til at landsbyen ikke benytter sig af den frivillige sundhedsarbejder, og at en stor andel af dem ikke bliver fritaget for deres andel af de fælles landsbyaktiviteter. Hermed formindskes deres i forvejen sparsomme ressourcer til at udføre det frivillige sundhedsarbejde. Der eksisterer således adskillige og selvforstærkende faktorer, der gør omstændighederne for de frivillige sundhedsarbejdere meget vanskelige, hvilket resulterer i meget lille effekt af systemet med ACS'erne.</p> <p>OCIACS, de frivillige landsbysundhedsarbejderes nyoprettede organisation, der skal forsøge at sikre målgruppens tildeling af ressourcer til landområderne, behøver fortsat støtte til organisatorisk udvikling.</p>
<p>Utilstrækkelig inddragelse af landbefolkningen til fremme af egen sundhed</p>	<p>Samarbejdet mellem ACS'erne, landsbyautoriteter og sygehjælper er ofte ikke-eksisterende. Sygehjælperen leverer sundhedsydelse til landbefolkningen, men inddrager dem ikke i langsigtede tiltag om at forbedre den lokale sundhedstilstand. ACS'erne har sjældent tilstrækkelig autoritet eller motivation til alene at kunne sætte sundhed på dagsordenen i deres landsbyer. En øget deltagelse omkring den lokale sundhedsudvikling vil derfor være afgørende for bedre at kunne udnytte sundhedstilbudene på landet.</p>

6.7 Civilsamfundet i San Lucas kommune

San Lucas Projektgruppen har i forbindelse med udarbejdelsen af projektdokumentet gennemført en intern analyse af civilsamfundet i San Lucas kommune med henblik på at vurdere graden af organisering og dets styrke i landbefolkningen. Analysen er baseret på egne erfaringer og interview med repræsentanter for de relevante organisationer. IMCC har i løbet af den første projektperiode opnået et indgående kendskab til målgruppens problemer og behov, men også til de ressourcebegrænsninger, der medfører manglende eller langsom udvikling.

Landbefolkningen udgøres af enkeltfamilier i landsbyerne samt enkelte samlende organisationer på kommunalt niveau. Generelt må organiseringsgraden betegnes som værende svag, men der er dog en velfungerende organisering på landsbyniveau ved udvælgelse af landsby-autoriteter. Den stærkeste organisering i områder er landsbyautoriteterne, der udspringer af den interne organisering i landsbyerne med rotative ansvarsposter. Systemet er generelt accepteret og velfungerende og ofte baseret på konsensus beslutninger ved f.eks. landsbymøder. Der findes ingen samlende fælles forum for autoriteterne på kommunalt plan.

Det er kun bondefagforeningen, der kan siges at være en velfungerende organisation, som er repræsenteret i næsten alle kommunens 120 landsbyer. Bondefagforeningen har hidtil vist sig meget samarbejdsvillig og interesseret. Der afholdes jævnlige møder, men den administrative kompetence er lav og kan med fordel styrkes for at sikre overlevering af erfaring og viden.

Ayllus er ikke lige velfungerende i alle områder og må karakteriseres som en svag organisering. Der afholdes en årlig samling i San Lucas, men ellers er den administrative kompetence lav. Ayllus og bondefagforeningen modarbejder hinanden på en lang række områder, hvilket gør samarbejde i større målestok svært.

Kvindegruppernes sammenslutning Inti Pallay og ACS'ernes organisation OCIACS er af nyere dato og er svage organisationer, der stadige søger deres egne ben at stå på. Begge støttes af kommunen og NGO'er med henblik på at sikre bæredygtigheden på sigt.

Skolelærere og sygehjælpere har med deres stilling og bedre uddannelse ofte en vigtig position i lokalsamfundet. De udgør yderste led i de nationale sundheds- og uddannelsesprogrammer og betragtes ofte som en autoritet på landet.

6.8 Koordination og relation til andre projekter og institutioner

Foruden IMCC arbejder to andre organisationer direkte med sundhed i San Lucas kommune.

- Den bolivianske NGO, Esperanza Bolivia, arbejder med projekter, der sigter på at nedbringe Chagas syge i kommunen. Dette sker gennem husforbedringsprojekter, vektorkontrol og sundhedsoplysning. De har tidligere ligeledes arbejdet med mor-barn sundhed samt reproduktiv sundhed. Esperanza Bolivia har regionalt kontor i Camargo. Finansiering af projekter sker primært ved USAID.
- ADRA Bolivia arbejder med mor-barn-sundhed og frivillige sundhedsarbejdere ud fra det nationale AIEPI-program i en del af kommunen, hvor IMCC ikke arbejder. Desuden arbejder de med kvindegrupper samt en landbrugs- og miljøkomponent. ADRA Bolivia udgør den bolivianske afdeling af det internationale ADRA og har regionalt kontor i Camargo. Finansiering af projekter sker primært ved USAID.

Midlerne til finansiering af såvel ADRAs som Esperanza Bolivias aktiviteter i San Lucas udløber i 2006. En fortsættelse af aktiviteter er usikker, men bør forventes på et ukendt niveau.

IMCC er i løbende dialog med begge institutioner for at koordinere aktiviteter. Det har dog vist sig, at fleksibiliteten til lokal tilpasning er meget lille hos såvel Esperanza Bolivia samt ADRA, hvilket gør en lokal fokusering af midler og mål svær at opnå. IMCC vil dog fortsat forsøge at øge koordineringen mellem de sundhedsrelaterede NGO'er og hospitalet i et passende forum, og søger en form, hvor hospitalet påtager sig

initiativet.

På et mere overordnet plan støtter Prosin (USAID) sundhedsvæsenet i provinsen finansielt frem til 2009.

DANIDAS sektorprogrammer for landbrug, offentlig administration og miljø har projekter i kommunen. IMCC har jævnlig kontakt til disse programmer for at følge udviklingen og få sparring i forbindelse med konkrete spørgsmål eller aktiviteter.

Udover de sundhedsrelaterede NGO'er arbejder følgende andre organisationer i kommunen inden for andre sektorer:

- Den spanske NGO AYNI arbejder med kvinderettigheder og uddannelse.
- PAN understøtter undervisning af børn og børnehaver
- UNFPA's bi-alfabetiseringsprogram arbejder i udvalgte områder af kommunen
- Den katolske kirkelige organisation TREVERIS arbejder med uddannelse og landbrugsteknikker

IMCC forsøger løbende at holde sig informeret om andre organisationers arbejde for at kunne udnytte samarbejds muligheder og indgå i erfaringsudveksling.

Desuden er IMCC medlem af sammenslutningen af NGO'er i Sucre, UNISUR, der arbejder med bl.a. sundhedsfaglige temaer på departementsniveau. Organisationen er dog noget svag, men IMCC vil fortsat søge at understøtte sammenslutningen.

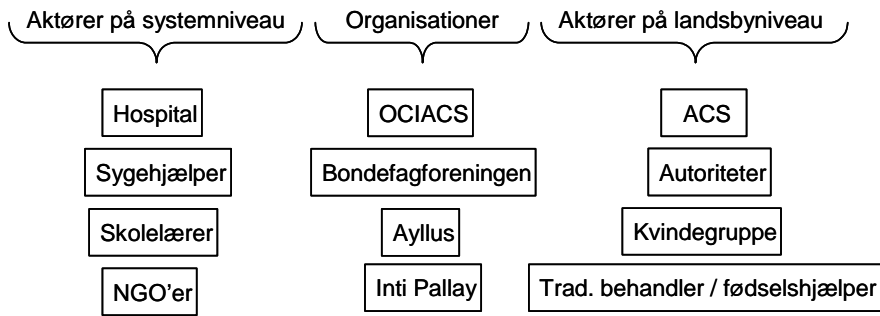
6.9 Samarbejdspartnere

Den primære partner er hospitalsledelsen i San Lucas kommune. Samarbejdet sigter på, at opnå en større inddragelse af landbefolkningen og hensyntagen til deres behov på sundhedsområdet. Hospitalsledelsen i San Lucas er præget af svag kompetence til planlægning og implementering af sundhedsstrategier. IMCC forsøger her at støtte og inspirere på bedst mulig måde for at sikre kompetenceopbygningen hos partneren.

På samme tid søges et tæt samarbejde med centrale aktører fra landbefolkningen for at styrke deres motivation og evne til at stille krav til sundhedsvæsenet og i et bredt perspektiv at involvere sig i kommunens udvikling.

IMCC vil derfor arbejde på at understøtte relevante bindeled og fora mellem sundhedsvæsenet og landbefolkningen ved at samarbejde med de nævnte grupper for at styrke landbefolkningens indflydelse på og deltagelse i sundhedsudvikling. San Lucas Projektgruppen vil arbejde på at viderebringe inspiration og kritik fra landbefolkningens side til sundhedsvæsenet. Ligeledes vil San Lucas Projektgruppen støtte formidling af sundhedsinformation til og fremme samarbejdet med landbefolkningen.

Figur 2: Aktører i civilsamfundet



6.10 Projektberettigelse

I marts 2004 blev der udført en midtvejsevaluering af projektet ved en ekstern dansk konsulent, der anbefaler en fase 2 til forankring af projektet. Evalueringsrapporten er tidligere tilsendt Danida.

Evalueringsrapporten konkluderer, at projektarbejdet i høj grad er fattigdomsorienteret i sin tilgang og har en positiv effekt på målgruppen og indsatsområdet. Projektet støtter op om de bolivianske sundhedsprogrammer og politikker indenfor primær sundhed og har opnået betydelige resultater i løbet af de første tre år.

Derudover peger rapporten på en række indsatsområder, der bør styrkes i en ny projektperiode. Disse indsatsområder er bl.a.:

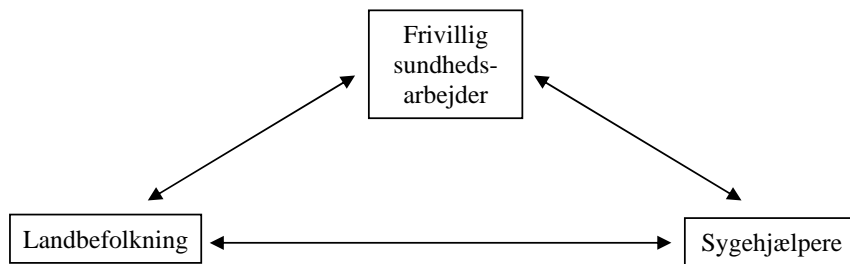
- at forbedre opfølgning og supervision af ACS'erne med henblik på at forankre deres arbejde lokalt i landsbyerne
- at sætte større fokus på kvindernes vilkår og inddragelse
- at forbedre tiltag for kapacitetsopbygning til ACS'ernes organisation samt bondefagforeningen
- at uddanne traditionelle fødselshjælpere og ACS'erne i fødselsteknik
- at styrke projektets arbejde med landbefolkningens traditionelle sygdomsforståelse

En række af de i evalueringen foreslåede indsatsområder er allerede blevet undersøgt nærmere og påbegyndt indenfor den nuværende første projektfase for at blive konsolideret i fase to.

Yderligere har midtvejsevalueringen og arbejdet med formulering af fase 2 initieret en intern analyse, hvor de største problemer for opnåelse af projektets mål er forsøgt identificeret. Det vurderes, at systemet med de frivillige sundhedsarbejdere behøver yderligere støtte, såfremt det skal fungere hensigtsmæssigt. Særligt synes den manglende opbakning, dels fra lokalsamfundet, dels fra sygehjælperen, til ACS'ernes arbejde at have afgørende betydning for ACS'erne lave motivation og lille arbejdsindsats. Det vurderes således, at undervisning af ACS'erne ikke er en tilstrækkelig indsats for at systemet skal fungere, men at der skal gøres en indsats for at

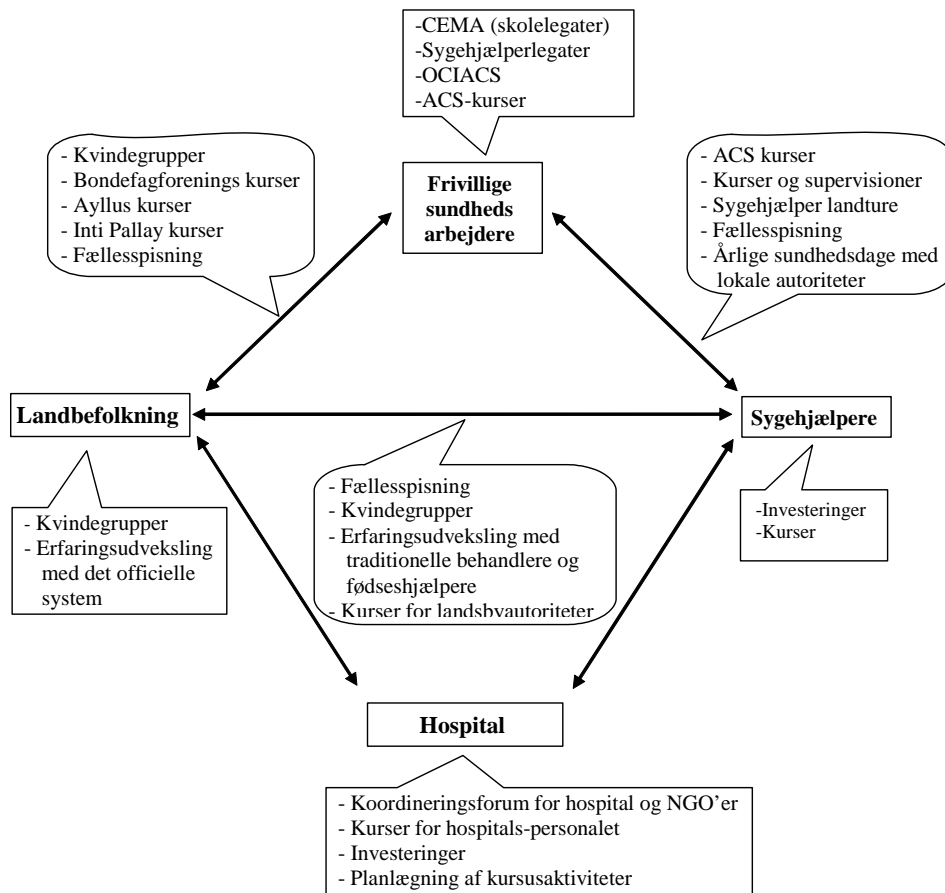
forbedre rammerne omkring ACS'ens arbejde. Særligt vurderes det, at der skal sættes ind på at forbedre relationerne mellem ACS'erne, sygehjælperne og landbefolkningen.

Figur 3. Identifikation af de svage led i arbejdet med de frivillige sundhedsarbejdere



På denne baggrund har IMCC, i samarbejde med de lokale partnere, planlagt at implementere støtteaktiviteter, der særligt sætter ind på at forbedre relationerne mellem netop ACS'erne, sygehjælperne og landbefolkningen. Det har været afgørende for projektgruppen, at samtlige aktiviteter i anden fase af projektet kan samles omkring denne model. Og således stræber mod at opløse de mest fundamentale forhindringer, der står i vejen for at ACS-systemet virkelig får en betydning for sundhedsudviklingen i indsatsområdet. For at illustrere alle IMCC's indsatsområder er det nødvendigt at inddrage hospitalet i figur 4, eftersom hospitalet udgør den ledende instans i sundhedsvæsenet i San Lucas. Samtlige projektaktiviteter er således indsat i figur 4, der hvor de vurderes at påvirke i sundhedsvæsenet i San Lucas kommune.

Figur 4. Oversigt over udvalgte projektaktiviteter og hvor i sundhedssystemet de forventes at indvirke



7 Projektstrategi

Projektet er et integreret sundhedsprojekt, og bygger også i dets 2.fase på WHO's PHC strategi (Primary Health Care). Arbejdsindsatsen er som i 1. fase rettet mod det yderste led af sundhedssystemet, hvor der understøttes et essentielt om end basalt sundhedstilbud og dette tilbud søges tilbudt med et minimum af ekstraomkostninger for det eksisterende sundhedsvæsen. Der understøttes uddannelse af målgruppen i behandling af de almindeligste sygdomsforekomster som f.eks. diarré og luftvejssygdomme og der fokuseres på sundhed og sygdom blandt kvinder og børn under 5 år. Endvidere understøttes forebyggende indsatser og formidling til målgruppen, herunder undervisning om sunde vaner for så vidt angår drikkevand og hygiejne.

Projektstrategien for denne anden og afsluttende fase har til hensigt at styrke samarbejdet med aktører fra landbefolkningen med henblik på at forankre effekten af

fase 1. Dette gælder særligt støtten til øget organisering af de frivillige sundhedsarbejdere og kvindegrupper, uddannelse til sundhedspersonalet, ACS'erne, traditionelle fødselshjælpere og behandlere samt investeringer i sundhedsinfrastruktur.

Projektstrategien består i, gennem et samarbejde med aktører fra landbefolkning, dens organisationer og det officielle sundhedsvæsen, at nå målgruppen. Projekt mål 1 sigter således mod forankring i landbefolkningen og styrkelse af lokale autoriteter og organisationer, mens projekt mål 2 udgør den understøttende og nødvendige opbygning af kompetence i kommunens sundhedsvæsen.

Projektet arbejder i den beskrevne kontekst og ud fra de omtalte problemområder med følgende to overordnede projektmål:

1. At styrke landbefolkningens motivation og evne til organisering med henblik på at varetage egne interesser i forhold til kommunens sundhedsudvikling og interessen for egen sundhed. Dette sker via støtte af landbefolkningens eksisterende organisationer for ACS'erne og bondefagforeningen samt støtte til kvindegrupper. Desuden arbejdes med en direkte inddragelse og involvering af landbefolkningen i analyse og forbedring af egen sundhedstilstand på landsbyniveau i samarbejde med sundhedsvæsenet.
2. At styrke sundhedsvæsenets decentralisering med henblik på, at indsats og fordelingen af ressourcer i større udstrækning opfylder landbefolkningens behov. Dette sker via levering af serviceydelser i form af uddannelse til sundhedspersonale og investeringer i sundhedsinfrastruktur samt konsolidering af uddannelsessystemet for ACS'erne. Disse tiltag understøtter ønsket om at give landbefolkningen mulighed for at få indflydelse på egen sundhed. Dette ved at give øget adgang til sundhedsvæsenet og påvirke sundhedspersonalet til i højere grad at tænke lokalt og inddrage initiativ og behov fra landbefolkningen i tilrettelæggelsen af sine strategier og sundhedsydelser.

For at sikre bæredygtighed planlægges alle aktiviteter med en udfasning, hvor gradvis overdragelse af ansvar til samarbejdspartnere, lokalt ejerskab og motivation for at arbejde med sundhed på landsbyniveau udgør en central del af projektstrategien frem mod afslutningen i 2011.

"Loven om Folkelig Deltagelse" giver landbefolkningen en lovbestemt ret til medindflydelse på de politiske beslutninger indenfor bl.a. sundhedsområdet. Målgruppen er dog endnu ikke så stærk og velorganiseret, at den er i stand til at sætte relevante krav til myndighederne. Lokale autoriteter, traditionelle behandlere, sygehjælpere, skolelærere og ACS'erne er derfor vigtige aktører, der skal inddrages for at støtte en bevidstgørelse af landbefolkningen omkring sundhedsudviklingen i landsbyen. Således udgør bondefagforeningen og ACS'ernes organisation, OCIACS, en vigtig samarbejdspartner for projektet. Konkrete tiltag er f.eks. fremtidsværksteder, oplysning om rettigheder, støtte til organisationsopbygning og sundhedsinformation.

Inddragelse af kvinder indgår som et andet vigtigt fokusområde, der søges påvirket gennem arbejdet med kvindegrupper. Et arbejde der bl.a. udføres med henblik på at

motivere flere kvinder til at påtage sig ansvarsroller i landsbyen f.eks. som frivillige sundhedsarbejdere og generelt ved at styrke organisering af kvinder, give dem mulighed for at mødes samt sætte sundhed på dagsordenen.

Børn og unge tilgodeses som del af den primære målgruppe for projektet, idet bl.a. AIEPI programmet er målrettet mod mødre og børn. Der er herudover ikke planlagt aktiviteter, der målrettet involverer eller henvender sig til denne gruppe.

I projektet indgår oplysning og uddannelse i sanitet og hygiejne med henblik på at forbedre sundhedstilstanden og øge viden om påvirkning af naturlige ressourcer og nærmiljø.

Som en del af projektstrategien indgår en kontinuerlig udsendelse af danske projektarbejdere. Hver udsendelse varer 14 måneder og projektet er til enhver tid bemandet med to medicin- eller folkesundhedsvidenskabsstuderende med en evt. partner. Der er indlagt en overlapsperiode på to måneder ved hver rotation for at sikre en solid erfaringsoverførsel og kontinuitet.

Projektet dokumenterer sine erfaringer i form af årsrapporter, der gøres tilgængelig i passende form for samarbejdspartnere og interesserede.

Gennem det tætte samarbejde med sundhedsvæsenet og inddragelse af landbefolkningen håber San Lucas Projektgruppen på sigt, at kunne opnå en konkret spredningseffekt til hele kommunen og videreførelse af udvalgte aktiviteter efter projektets afslutning.

Denne fase 2 er planlagt til at indeholde en målrettet udfasning af aktiviteter og nedlukning af projektet i 2011. Dette sker på baggrund af den generelle udvikling som San Lucas kommune har været igennem i de senere år. Der er således sket betydelige fremskridt siden projektstarten i 2001 - ikke mindst på sundhedsområdet, hvor der er blevet opført nye sundhedsklinikker i indsatsområdet og ansat yderligere sygehjælpere, hvilket har medført en forbedret adgang til sundhedsvæsenet for landbefolkningen. San Lucas Projektgruppen håber, at yderligere 5 år vil kunne bidrage til at forankre IMCC's indsats og yderligere styrke den generelt positive udvikling ved at fokusere indsatsen og at styrke aktiviteter fra fase 1 på landsbyniveau. Planlægning og gennemførelse af en kontrolleret nedlukning af projektet understøttes bedst ved tidligt at kunne arbejde frem mod dette mål i sikre rammer.

7.1 Projektorganisation

Projektets gennemførelse tilses af udsendte danske projektarbejdere i samarbejde med de lokale partnere, der er beskrevet efterfølgende. Denne model for strukturering af projektet er valgt ud fra en kritisk vurdering af IMCC Ulandsgruppen's ressourcer og muligheder set i forhold til planlægningen og implementeringen af projekter. I midtvejsevalueringen af projektets første fase, bliver det foreslået at anlægge en mere professionel administration af den daglige implementering af projektaktiviteterne, men det har været vigtigt for IMCC, at fastholde IMCC Ulandsgruppen som en studenterorganisation, der i Danmark drives på frivillig basis og giver mulighed for at

studerende i deres udsendelsesperiode får indsigt i og bidrager til udvikling i projektlandet.

IMCC

Udsendelsen af projektarbejdere er berettiget i at IMCC, i tæt koordinering med hospitalsledelsen som den direkte partner, med baggrund i sin lange erfaring spiller en stor rolle som fortaler for inddragelse af landbefolkningen i sundhedsplanlægning og bidrager med ressourcer til at gennemføre tiltag rettet mod inddragelse af denne. Mangeårig erfaring 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 værdifuld i forbedring af samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og målgruppen.

IMCC prioriterer den direkte kontakt med landbefolkningen højt og lægger hovedparten af sin indsats på landet i forbindelse med uddannelse, investeringer og kapacitetsopbygning. Dette giver IMCC en tæt kontakt med landbefolkningen, de lokale ledere og sundhedspersonalet. IMCC's rolle er således, at initiere nye og styrke eksisterende relationer mellem sundhedsvæsenet og de lokale autoriteter samt landbefolkningen og dermed være med til at nedbryde barrierer, der hæmmer sundhedsudviklingen. IMCC's styrke består af en stærk akademisk baggrund, faglig indsigt, en praktisk pædagogisk grundindstilling og lysten til at arbejde langt ude på landet på trods af vanskelige vilkår. Det nære samarbejde med såvel sundhedsmyndighederne som landbefolkningen gør IMCC i stand til at yde en væsentlig indsats for at forbedre sundhedsforholdene for landbefolkningen, ved at agere som fortaler for landbefolkningens behov og styrke målgruppen i at formulere egne krav.

Projektarbejdet giver derudover de udsendte en værdifuld erfaring med udviklings- og projektarbejde, der i mange tilfælde har ført til en senere involvering i professionelt udviklingsarbejde, men som også har værdi for den senere ansættelse i det danske sundhedsvæsen.

De udsendte projektarbejdere står til ansvar overfor IMCC's Ulandsgruppe i Danmark, der udgør den øverste projektmyndighed. Ulandsgruppen består af 30-40 personer, udsendte, hjemvendte og kommende udsendte. Der vælges årligt en formand og nedsættes arbejdsgrupper, der tager sig af specifikke arbejdsopgaver for de enkelte projekter.

Alle projektarbejdere forpligter sig til et omfattende frivilligt arbejde i IMCC's Ulandsgruppe. I forberedelsestiden på hhv. 9 eller 15 måneder deltager hver projektarbejder således i et måneds-kursus om international sundhed samt weekend-kurser med introduktion til pædagogiske modeller og psykologiske problemstillinger i forbindelse med projektarbejde i udviklingslande. Derudover afholder San Lucas Projektgruppen månedlige møder med henblik på at diskutere projektets udvikling, hvorved gamle udsendte introducerer projektet for de nye projektarbejdere og forbereder dem til udsending. Under udsendelse modtager man diæter og arbejder fuldtid på implementeringen af projektet. Efter endt udsendelse indgår man igen som frivillig i Ulandsgruppen for minimum 12 måneder med henblik på at videregive erfaringer og uddanne kommende projektarbejdere.

Hospitalsledelse

Hospitalsledelsen udgør den daglige samarbejdspartner, der har ansvaret for koordinering, planlægning og implementering af kurser for sundhedspersonale og frivillige sundhedsarbejdere. Ledelsen er ligeledes ansvarlig for, at der gennemføres supervisioner af alt personale inkl. ACS'erne. Sygehjælperne på sundhedsklinikkerne i indsatsområdet udgør den centrale aktør for arbejdet på landsbyniveau.

DILOS

Kommunens sundhedskomiteé med repræsentanter fra byråd, borgmester og borgernes overvågningskomiteé samt cheflæge og andre interessenter burde mødes månedligt og er ansvarlig for sundhedsbudget og samarbejdet mellem hospitalsledelse, kommune og NGO'er. DILOS er ansvarlig for at udarbejde langsigtede investeringsplaner og udgør et afgørende forum for planlægning af sundhedsvisionerne i kommunen, men desværre har komiteen endnu ikke fungeret efter dens hensigt.

OCIACS

OCIACS er de frivillige sundhedsarbejders interesseorganisation der blev oprettet i 2003 og er legaliseret som juridisk person, hvilket giver mulighed for at søge midler fra kommunens sundhedsbudget. Alle ACS'erne er automatisk medlem, der betales ikke medlemsbidrag og organisation er upolitisk. Der afholdes en årlig generalforsamling med valg af bestyrelse med formand, kasserer mm. Bestyrelsen er ansvarlig for planlægning og afholdelse af den årlige generalforsamling samt regelmæssige møder. Organisationen er stadig ved at finde sit eget ståsted.

Bondefagforeningen

Bondefagforeningen udspringer af landbefolkningens ønske om organisering og støtter landbefolkningen i spørgsmål om rettigheder, jordbrug, sundhed m.v. Det er en ikke-partipolitisk organisation, og alle bønder er automatisk medlemmer. Landsbyer giver et frivilligt bidrag til foreningens virke. Bondefagforening er oprettet i 1953 og er bøndernes permanente og generelt accepterede organisation blandt landbefolkningen og udgør således en del af landsbyautoriteterne.

Inti Pallay

Kvindeorganisation, der er organiseret med støtte fra kommunen og udgør kvindernes repræsentation i bondefagforeningen. Organisationen er stadig ved at finde sine ben at stå på og understøttes af en række NGO'er.

Ayullus

Traditionel organisering af landbefolkningen i dele af indsatsområdet. Organisationen står svagt nogle steder og samarbejdet har vist sig vanskelig fra deres side. Ayullus udgør i nogle landsbyer en del af de lokale landsbyautoriteter.

Danida

IMCC informerer løbende ambassaden i La Paz om projektimplementeringen og udnytter muligheden for at få faglig støtte hos såvel ambassaden som sektorprogrammer i området.

7.2 Målgruppen

På grund af kommunens størrelse og utilgængelighed, samt under hensyntagen til andre NGO'ers arbejde, koncentrerer projektet størstedelen af sin indsats til det afgrænsede geografiske område af San Lucas, der udgør den mest isolerede del af kommunen. Den primære målgruppe er landbefolkningen i dalområderne tilknyttet nedenstående sundhedsklinikker. Målgruppen i indsatsområdet omfatter i alt 17.751 personer, heraf udgør kvinder 6.826, mænd 7.699 og børn under 5 år 3.226 (SNIS: 2004). Befolkningen er næsten udelukkende efterkommere af den oprindelige befolkning og betegnes quechua-indianere. Befolkningen bor spredt og langt fra sundhedsklinikker og hospitalet.

Sundhedsklinik	Population	Kvinder	Mænd	Børn < 5 år
Collpa	1.109	426	481	202
Pirhuani	1.602	616	695	291
Sacavillque	2.301	885	998	418
Ajchilla	1.299	500	563	236
Tambo Khasa	1.974	759	856	359
Huañumilla	2.017	776	875	366
Uruchini	578	222	251	105
Canchas Blancas	2.373	912	1.029	432
Buena Vista	903	347	392	164
Palacio Tambo	3.595	1.383	1.559	653
I alt	17.751	6.826	7.699	3.226

Definitionen af målgruppen vil blive påvirket af, om ADRA fortsætter sine programmer i kommunen. Således står ADRA i 2004 for uddannelse af frivillige sundhedsarbejdere i halvdelen af kommunen. Skulle det vise sig, at ADRA trækker sig ud, bør IMCC overveje at udvide sit indsatsområde for uddannelse af ACS'erne til hele kommunen.

Den sekundære målgruppe udgøres af de konkrete aktører, som inddrages i projektaktiviteter dvs. ACS'erne, OCIACS, kvindegrupper, traditionelle fødselshjælpere og behandlere, lokale autoriteter og bondefagforeningen. Fælles for disse personer er, at de alle har rod i landbefolkningen. Andre aktører er hospitalspersonalet og sygehjælpere som repræsentanter for det offentlige sundhedsvæsen, der direkte deltager i projektarbejdet. Yderligere udgør de institutionelle aktører som DILOS, kommunen, Camargo distriktet samt SEDES i Sucre en vigtig gruppe, der er med til at skabe de rammer, projektet bevæger sig indenfor.

Der er mulighed for at opnå en spredningseffekt på grundlag af erfaringer i indsatsområdet, så aktiviteter og tiltag på sigt vil kunne komme hele kommunens befolkning til gode. Desuden åbner den løbende dialog og relation til distriktsledelsen og SEDES op for, at erfaringer på længere sigt kan spredes til andre kommuner i departementet. Tidligere har positive erfaringer fra IMCC-projektet i Azurduy-kommunen medført, at SEDES har indført en social- og sundhedsunderviser i samtlige kommuner i departementet. Det vil således være muligt at opnå en spredning af metoder

og tilgange, der styrker samspillet mellem landbefolkningen og sundhedsvæsenet på lokalt plan.

Formateret: Punkttopstilling

8 Projektdesign

8.1 Udviklingsmål, målsætning og indikatorer

Udviklingsmål	At fremme sundhedstilstanden for landbefolkningen i indsatsområdet med særligt fokus på kvinder og børn under 5 år
Indikatorer for udviklingsmål	Reduceret morbiditet i indsatsområdet

Målsætning	At opnå en sundhedsfremmende adfærdsændring hos landbefolkningen
Indikatorer for målsætning	Kapaciteringen af ACS'ere, traditionelle behandlere og fødselshjælpere, arbejdet med kvindegrupper og investeringerne i sundhedsinfrastrukturen har medført en sundhedsfremmende adfærdsændring hos landbefolkningen

Formateret: Punkttopstilling

8.2 Projekt mål og indikatorer

Indikatorerne for projektmålene sammenfatter den underliggende opfyldelse af målsætninger for projektaktiviteterne, der hver især har en konkret indikator tilknyttet. Herved bliver indikatorerne for projektmål og resultater samlende på et overordnet niveau. Ved at sammenholde indikatorer på aktivitetsniveau kan det konkluderes om projektet lever op til sine målsætninger.

Projektmål 1	At styrke landbefolkningens motivation og evne til organisering på sundhedsområdet med henblik på at varetage egne interesser i forhold til kommunens sundhedsudvikling samt at øge interessen i egen sundhed
Indikatorer for projektmål 1	Landbefolkningen er interesseret i sundhed og kan varetage egne interesser i sundhed

Projektmål 2	At styrke sundhedssystemets decentralisering med henblik på at sundhedstiltag og fordelingen af ressourcer i større udstrækning opfylder landbefolkningens behov
Indikatorer for projektmål 2	Landbefolkningens behov for sundhedsindsats er bedre dækket

Formateret: Punkttopstilling

8.3 Resultater og indikatorer

Projektmål 1 At styrke landbefolkningens motivation og evne til organisering på sundhedsområdet med henblik på at varetage egne interesser i forhold til kommunens sundhedsudvikling samt at øge interessen i egen sundhed	
Resultat 1.1 Øget viden om sundhed blandt	Indikator 1.1 Landbefolkningen har en øget viden

<p>landbefolkningen</p> <p>Resultat 1.2 Det officielle sundhedssystem integreres i større grad udstrækning i den traditionelle sygdomsbehandling på landsbyniveau</p> <p>Resultat 1.3 Landsbyautoriteter understøtter sundhedsarbejdet på landsbyniveau</p> <p>Resultat 1.4 Styrket organisering af ACS'er</p>	<p>indenfor de temaer som projektet har arbejdet med</p> <p>Indikator 1.2 Øget patientkontakt på sundhedsklinikker</p> <p>Indikator 1.3 ACS'er fritages for kollektiv arbejdsbyrde i forhold til sit arbejde for sundheden i landsbyen</p> <p>Landsbyautoriteter deltager i sundhedsaktiviteter på landsbyniveau</p> <p>Indikator 1.4 ASC'erne er organiserede og kan varetage gruppens interesser</p>
---	---

<p>Projektmål 2 At styrke sundhedssystemets decentralisering med henblik på at sundhedstiltag og fordelingen af ressourcer i større grad opfylder landbefolkningens behov</p>	
<p>Resultat 2.1 Hospital og sundhedsklinikker yder et forbedret sundhedstilbud</p> <p>Resultat 2.2 Den traditionelle sygdomsforståelse integreres i større udstrækning i det officielle sundhedssystem</p> <p>Resultat 2.3 ACS'er er motiveret og udfører sit arbejde kompetent i koordination med sygehjælper</p> <p>Resultat 2.4 Øget koordinering blandt Ngo'er og sundhedsmyndigheder med henblik på at regionale sundhedsstrategier bliver tilpasset landbefolkningens forhold</p>	<p>Indikator 2.1 Sundhedsklinikker er udstyret til og personalet er i stand til at udføre primær sundhedstjeneste</p> <p>Indikator 2.2 Sygehjælper samarbejder og erfaringsudveksler med traditionelle behandlere og fødselshjælper</p> <p>Der tages højde for traditionel sygdomsforståelse ved patientforløb på sundhedsklinikker</p> <p>Indikator 2.3 ACS'er afholder landsbymøder, gennemfører husbesøg, henviser patienter og indgår aktivt i landsbyens sundhedsdiskussioner</p> <p>Sygehjælper understøtter ACS'er i sundhedsarbejdet i landsbyen</p> <p>Indikator 2.4 Ngo'er og hospitalsledelse koordinerer sundhedsindsats i indsatsområdet</p>

	Regionale sundhedsstrategier tilpasses lokale forhold
--	---

Formateret: Punkttopstilling

8.4 Aktiviteter

Projektaktiviteterne er beskrevet i forhold til de resultater, de skal bidrage til at opnå. For en række af aktiviteterne gælder det, at de bidrager til mere end ét resultat og derfor skal vurderes i sammenhæng med andre aktiviteter.

For hver aktivitet vil der blive udarbejdet et strategipapir, der i detaljer beskriver målsætning, fremgangsmåder og indsatser for aktiviteten igennem projektperioden (se læsevejledning s. 5)

Aktiviteterne vil løbende igennem projektperioden blive tilpasset de eksterne omstændigheder og nye samarbejdsmuligheder, der måtte opstå. Dette vil medføre ændringer og tilpasninger i nedenstående aktivitetsoversigt.

Resultat 1.1 Øget viden om sundhed blandt landbefolkningen	Aktivitet 1.1.1 Støtte organisering af 11 kvindegrupper på landsbyniveau med henblik på at skabe et forum for diskussion af sundhed. Grupperne organiseres i samarbejde med sygehjælper og lokale autoriteter og underlægges fra starten Inti Pallay strukturen med henblik på bæredygtighed
Resultat 1.2 Det officielle sundhedssystem integreres i større grad udstrækning i den traditionelle sygdomsbehandling på landsbyniveau	Aktivitet 1.2.1 Afholde fællesspisning på landsbyniveau med henblik på at skabe et forum til sundhedsdiskussion ved sygehjælper og ACS'er i landsbyen. Organisering sker ved sygehjælper og ACS'er og muliggør formidling af information om f.eks. SUMI, faretegn ved fødsler og analyser af konkrete problemstillinger
Resultat 1.3 Landsbyautoriteter understøtter sundhedsarbejdet på landsbyniveau	<p>Aktivitet 1.3.1 Afholde en årlig sundhedsdag per sektor for landsbyautoriteter, bondefagforening, ACS'er, sygehjælper og skolelærer med henblik på at opnå støtte til ACS systemet og skabe et forum til information, fælles planlægning og diskussion af sundhed</p> <p>Aktivitet 1.3.2 Støtte til styrkelse af bondefagforeningen ved 4 årlige møder med henblik på at styrke organisering, inddrage og informere autoriteter og fremme udbredelsen af sundhedsinformation. Dette kan ske ved eksterne oplægsholdere eller interne ressourcer om f.eks. SUMI, faretegn ved graviditet mm. Aktivitet 1.3.3</p> <p>Aktivitet 1.3.3 Støtte til af Ayllus ved 2 årlige møder med henblik på at</p>

	<p>inddrage og informere autoriteter og fremme udbredelsen af sundhedsinformation. Dette kan ske ved eksterne oplægsholdere eller interne ressourcer om f.eks. SUMI, faretegn ved graviditet mm.</p>
<p>Resultat 1.4 Styrket organisering af ACS'er</p>	<p>Aktivitet 1.4.1 Støtte til organisering af ACS'er som et forum der bliver i stand til at formulere egne behov overfor sundhedsvæsenet og er motiveret til at fremme sundhedsudviklingen. Dette kan ske ved eksterne oplægsholdere eller interne ressourcer</p>
<p>Resultat 2.1 Hospital og sundhedsklinikker yder et forbedret sundhedstilbud</p>	<p>Aktivitet 2.1.1 Understøtte 2 relevante kurser til hospitalspersonalet årligt med fokus på faglig efteruddannelse ud fra konkrete behov og som forum for erfaringsudveksling mellem læger, sygeplejersker og sygehjælpere, f.eks. ekografi</p> <p>Aktivitet 2.1.2 Understøtte 4 kurser til sygehjælpere med fokus på faglig efteruddannelse ud fra konkrete behov indenfor primær sundhed og som forum for erfaringsudveksling og dialog sygehjælpere imellem, f.eks. farmakologi</p> <p>Aktivitet 2.1.3 Understøtte at hospitalsadministrationen i samarbejde med sygehjælperne udarbejder en årlig uddannelsesplan for sundhedspersonalet i kommunen for at sikre en mere langsigtet planlægning</p> <p>Aktivitet 2.1.4 Understøtte kursuskomiteén i årligt at udarbejde en kursusmatrix samt kronogram for ACS kurser. Komiteén udgøres af en ansvarlig på hospitalet og sygehjælpere, der i fællesskab tager ansvar for ACS'ernes uddannelse i henhold til kommunens profil omkring kompetencer og krav til en ACS</p> <p>Aktivitet 2.1.5 Understøtte sundhedspersonalet i at gennemføre 2 årlige kursusrækker for ACS'er tilknyttet de 10 sundhedsklinikker i indsatsområdet i henhold til kursusplan og strategi , f.eks. AIEPI</p> <p>Aktivitet 2.1.6 IMCC deltager i DILOS møder med henblik på udarbejdelse af en langsigtet udviklingsplan for sundhed i kommunen samt deltage i den årlige sundhedsbudget planlægning (POA)</p> <p>Aktivitet 2.1.7 Investere i sundhedsinfrastruktur i kommunen herunder primært udstyr til sundhedsklinikker (80%) og hospital (20%)</p>

<p>Resultat 2.2 Den traditionelle sygdomsforståelse integreres i større udstrækning i det officielle sundhedssystem</p>	<p>Aktivitet 2.2.1 Understøtte sundhedspersonalet i at planlægge og gennemføre en årlig kursusrække for traditionelle fødselshjælpere for at øge fagligheden og hjælpe sygehjælpere til at opbygge en relation til fødselshjælpere i sit område</p> <p>Aktivitet 2.2.2 Understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde og udveksle erfaringer med traditionelle behandlere samt i at planlægge og gennemføre en årlig kursusrække for at øge erfaringsudvekslingen, fagligheden samt hjælpe sygehjælpere til at opbygge en relation til traditionelle behandlere i sit område</p>
<p>Resultat 2.3 ACS'er er motiveret og udfører sit arbejde kompetent i koordination med sygehjælper</p>	<p>Aktivitet 2.3.1 Understøtte ACS'er i at gennemføre deres arbejdsopgaver dvs. husbesøg, charlas, brug af referencesystem m.m.</p> <p>Aktivitet 2.3.2 Sikre at ACS'ere besidder basale remedier til at udføre deres arbejde (f.eks. Botiquiner, AIEPI materiale, SODIS, referencesedler)</p> <p>Aktivitet 2.3.3 Uddeling af 2 årlige sygehjælperlegater til fortrinsvis ACS'er som en motivationsfaktor for det frivillige arbejde</p> <p>Aktivitet 2.3.4 Uddeling af 10 årlige CEMA-legater med henblik på at opkvalificere ACS'er, så de får mulighed for at søge sygehjælperlegater og udføre deres opgaver mere kvalificeret samt styrke motivationen for det frivillige arbejde</p> <p>Aktivitet 2.3.5 Understøtte at sygehjælpere 2 gange årligt superviserer ACS'er for at anerkende deres arbejde, opbygge en relation, sikre korrekt fremgangsmåder og følge op på udskiftninger blandt ACS'er</p>
<p>Resultat 2.4 Øget koordinering blandt Ngo'er og sundhedsmyndigheder med henblik på at regionale sundhedsstrategier bliver tilpasset landbefolkningens forhold</p>	<p>Aktivitet 2.4.1 Styrke koordinering mellem sundheds-NGO'er og hospitalsadministrationen med henblik på et stærkere samarbejde om sundhed i kommunen, hvor hospitalsadministrationen påtager sig en ledende rolle</p> <p>Aktivitet 2.4.2 Samarbejde med andre NGO'er med henblik på at give konstruktiv kritik til SEDES med henblik på hvordan strategier bedst tilpasses de lokale forhold herunder informations- og uddannelsesmaterialer</p>

8.5 Andre aktiviteter

Formateret: Punkttopstilling

Evaluering	<p>Iværksætte gennemførelse af en midtvejsevaluering i 2008 med henblik på at få en vurdering og tilpasning af udfasningstrategien</p> <p>Iværksætte gennemførelse af et KAP studie i 2010</p> <p>Iværksætte gennemførelse af en slutevaluering i 2011 med henblik på effektivitet for den samlede projektperiode 2001-2011</p>
Monitorering	<p>Projektarbejdere udarbejder sammen med boliviansk personale fagbreve og årsrapporter</p> <p>Projektarbejdere udarbejder årlig statusrapport til Danida</p> <p>IMCC-kasserer udarbejder månedsregnskaber og konsulterer dansk revisor for årsregnskaber</p>
Forberedelse af projektarbejdere	<p>Uddanne danske projektarbejdere inden udsendelse</p>
Folkelig oplysning i Danmark	<p>Udarbejde og vedligeholde hjemmeside for projektet på spansk og dansk</p> <p>Projektarbejdere vedligeholder hjemmesider med personlige erfaringer og fortællinger om sundhedsarbejdet</p> <p>Gennemføre årlige informations- og hvervekampagner på uddannelsesinstitutioner for medicin- og folkesundhedsvidenskabs studerende</p> <p>Afholde Ulands-seminar med udviklingsrelateret tema for studerende og andre interessenter</p> <p>Ad-hoc samarbejde med journalist med henblik på at udarbejde artikler eller indslag til dansk presse omkring udviklingsarbejde og projekterelaterede temaer</p> <p>Udbrede information mund-til-mund om alle aspekter af projektarbejde til en bred base af danskere, familie og venner, der normalt ikke har relation til udviklingsarbejde</p> <p>Arbejde med artikler og bidrag til aviser baseret på personlige oplevelser og udviklingsrelaterede emner</p>
Nedlukning af projekt	<p>Gennemføre nedlukning af projekt og donation af hus, bil mv. Klargøring og udarbejdelse af donationsaftaler- og papirer</p>

8.6 Ressourcer

Formateret: Punkttopstilling

Ressourcerne til projektet udgøres primært af de danske projektarbejdere, der i samarbejde med hospitalspersonalet og sygehjælpere står for gennemførelsen af hovedparten af aktiviteterne.

En quechua-talende boliviansk socialarbejder vil være den primære ansvarlige for arbejdet med kvindegrupper og generelt støtte ved arbejdet med landbefolkningen. Yderligere forventes ansat én til to kontraktansatte assistenter for at indgå i projektarbejdet omkring kvindegrupper samt afholdelse af møder og analyser på landsbyniveau.

Projektet vil videreføre de nuværende kontorfaciliteter, der ligger i forlængelse af hospitalsadministrationen. Til transport i forbindelse med aktiviteter, møder og andet skal projektet råde over to robuste biler.

Kontorudstyr, hus og biler bliver ved projektets afslutning doneret til kommunens sundhedsvæsen på baggrund af en donationsaftale med kommunen og SEDES.

I forbindelse med aktiviteter indgår derudover:

- Udgifter til materialer ved uddannelse, kurser og møder
- Løn, transport og forplejning til undervisere
- Forplejning og transport til kursusedtagere
- Investeringer i sundhedsinfrastruktur
- Legatmidler til landbefolkningen
- Udgifter til konsulenter ved evaluering

På baggrund af erfaringer fra den igangværende projektperiode søges den økonomiske støtte fra kommunens side opretholdt til de aktiviteter, der skal videreføres efter projektets afslutning. Dette sker som kontraparte fra kommunens side i henhold til en fastsat fordelingsnøgle for at integrere disse aktiviteter i sundhedsbudgettet.

Aktivitets-LFA'en udgør en oversigt over og beskrivelse af de aktiviteter, der gennemføres i projektperioden. En ændring af omstændigheder eller forudsætninger kan dog føre til ressourcebegrænsninger, der medfører en prioritering og aktivt til- eller fravalg af de beskrevne aktiviteter.

En detaljeret angivelse af ressourcer for hver enkelt aktivitet fremgår af aktivitets-LFA'en, bilag 0, og budgettet, bilag 2.

Formateret: Punkttopstilling

8.7 Eksterne faktorer

For at projektaktiviteterne kan gennemføres og føre til de overordnede formål antages det at:

- Der er politisk velvilje fra kommunens side
- Den ligelige inddragelse af kvinder accepteres
- Sundhedspersonalet er indstillet på at opnå og inddrage den nødvendige indsigt i og respekt for landbefolkningens kultur og behov

- Udskiftninger af sundhedspersonale kan holdes på et acceptabelt niveau
- Der ikke sker naturkatastrofer, opstår større epidemier eller udbredt tørke i indsatsområdet
- Der er politisk stabilitet i landet med fortsættelse af reformerne omkring "Loven om Decentralisering", "Loven om Folkelig Deltagelse" og "Loven om folkelig dialog 2000"

Formateret: Punkttopstilling

8.8 Forudsætninger, antagelser og risici

Forudsætninger

Forhold der skal være afklaret før projektarbejdet starter:

- Sundhedspersonalet understøtter og deltager i projektarbejdet i forbindelse med konkrete aktiviteter
- Kommunen og hospitalsledelsen samarbejder i nødvendigt omfang
- Kommunen yder sin kontraparte efter en fastsat fordelingsnøgle
- Bondefagforeningen, Inti Pally og OCIACS ønsker fortsat samarbejde

Med henblik på at få afklaret forudsætningerne har der under forberedelse af dette projektdokument været afholdt møder og workshops med samarbejdspartnere og interessenter. Disse møder har resulteret i en række hensigtserklæringer om et videre samarbejde, se bilag.

På baggrund af en projektgodkendelse vil der blive udarbejdet konkrete samarbejdsaftaler med hver enkelt samarbejdspartner, som vil ligge klar til projektstart.

Antagelser

Med afsæt i de første tre års erfaringer er dette projektdokument udarbejdet ud fra følgende antagelser om udviklingen i centrale aktiviteter i tiden fremover:

- Afholdelsen af kurser for ACS'erne vil frem til 2006 fortsætte den positive udvikling, idet hospitalet overtager mere og mere ansvar. IMCC forventer at kunne trække sig stort set ud af denne aktivitet og fokusere på at følge op og monitorere den.
- Afholdelsen af kvindegrupper bliver mindre ressourcekrævende frem til 2006 ved at trække på den oparbejdede viden og erfaring samt at finde en strategi, der inddrager IMCC i stadig mindre grad.
- Frem til 2006 indhentes erfaringer med uddannelse af traditionelle fødselshjælpere og behandlere samt uddannelse af ACS'er i fødsel til brug for aktiviteter i fase 2.

Ovenstående antagelser har stor indflydelse på det ressourcetræk som projektet får og vil dermed være afgørende for, om de planlagte aktiviteter alle vil kunne gennemføres, eller der vil skulle omprioriteres.

Risici

Manglende samarbejdsvilje og -evne hos centrale aktører og ressourcepersoner, særlig hos hospitalsledelse og kommunen, udgør en risiko for projektets gennemførelse. San

Lucas Projektgruppen lægger derfor vægt på at inddrage samarbejdspartnere i så stor udstrækning som muligt og indgå i en kontinuerlig dialog med de respektive parter. En anden risiko, der har direkte indflydelse på aktiviteterne, er den hyppige udskiftning af sundhedspersonale og de til tider ubesatte stillinger. Gennem kontakt til kommunen og de regionale sundhedsmyndigheder søger San Lucas Projektgruppen at gøre opmærksom på disse problemer og stille krav om opfyldelse af officielle strategier og samarbejdsaftaler.

Kulturelt bestemte kønsroller og adfærdsmønstre kan vanskeliggøre inddragelse af kvinder og landbefolkning i projektaktiviteter. Dette søges forebygget ved ansættelse af en kvalificeret og lokalt opvokset socialarbejder med indsigt i og kompetence til at forudse og løse eventuelle problemsituationer, der måtte opstå.

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 er dog erfaringen, at sådanne uroligheder sjældent rammer afsidesliggende regioner som San Lucas kommune og her ikke påvirker muligheden for at arbejde i særlig grad udover mindre forsinkelser. Denne risiko har San Lucas Projektgruppen ingen mulighed for at påvirke, men vil forsøge at imødekomme eventuelle problemer så tidligt som muligt.

Baseret på den nuværende strategi vurderes yderligere 5 år at kunne bidrage til at implementere og konsolidere effekten af de gennemførte uddannelses-, investerings- og informationsaktiviteter.

Formateret: Punkttopstilling

8.9 Bæredygtighed

Projektets bæredygtighed søges sikret ved fra starten af at forankre projektaktiviteter i de lokale strukturer og inddrage aktører, der på sigt vil kunne føre erfaringer videre eller videreføre aktiviteterne på egen hånd.

Visionen for bæredygtigheden er, at lokale aktører igennem projektforløbet opnår en personlig eller organisatorisk kompetence, motivation og evne til at videreføre en aktivitet eventuelt i en tilpasset form efter projektets afslutning. For en række aktiviteter vedkommende er de lagt an på at indgå i de eksisterende institutions- og programstrukturer. Ligeledes vil der for nogle aktiviteter være tale om at sikre en økonomisk bæredygtighed ved at få afsat midler på kommunens sundhedsbudget efter projektafslutningen.

Det overordnede sigte er således at arbejde på at opnå lokalt ejerskab hos såvel målgruppen som hos de aktører, der gennemfører aktiviteter. Al planlægning af aktiviteter foregår således i samarbejde med hospitalsledelsen, sygehjælpere i indsatsområdet, kommunen og lokale autoriteter. Alle aktiviteter er tilrettelagt med henblik på at undgå parallelle strukturer, men forsøger i stedet at inddrage de respektive ansvarlige personer og aktører.

Den stærke fokusering på dialog med, uddannelse af og formidling til de lokale autoriteter, de frivillige sundhedsarbejdere, deltagere i kvindegrupper samt lokale sundhedsfora udgør et vigtigt aspekt i bæredygtighedstanken. Ved at involvere og styrke

landbefolkningen i de enkelte landsbyer med udgangspunkt i sygehjælperens rolle og ansvar, forankres indsatsen i lokalsamfundet.

Følgende aktiviteter bør kunne videreføres af lokale aktører efter projektets afslutning gennem styrkede personlige og organisatoriske kompetencer, motivation og evner samt ved at sikre økonomiske midler gennem samarbejdsaftaler med NGO'er og kommunen:

- Sundhedsfora på landsbyniveau afholdes af sygehjælpere og ACS'erne med deltagelse af autoriteter og landbefolkning. Der indgår således allerede på nuværende tidspunkt midler på sundhedsbudgettet til at gennemføre sundhedsanalyser i landsbyerne. Dette forum vil kunne drage nytte af den opsamlede erfaring, metodik og styrkelse af relationen mellem sygehjælper, ACS og landsby til at fortsætte det sundhedsfremmende arbejde.
- Kvindegrupper på landsbyniveau er fra starten underlagt Inti Pallay-strukturen, der allerede er på kommunens budget. IMCC sigter således mod at nedtrappe sin støtte gradvist og lade grupperne overgå helt til Inti Pallay.
- Styrkelsen af OCIACS har til hensigt, at organisationen på sigt kan tale de frivillige sundhedsarbejders sag overfor hospitalsledelse og kommune samt sikre, at ACS'erne bliver hørt omkring deres ønsker og behov. IMCC vil nedtrappe den finansielle støtte hurtigst muligt og understøtte OCIACS i at få midler på sundhedsbudgettet.
- Hospitalsledelsen påtager sig planlægning og implementering af undervisning og supervision af frivillige sundhedsarbejdere i landsbyen. Dette opnås ved samarbejdsaftaler med kommunen om gradvis at overtage alle udgifter til afholdelse af disse kurser. Igennem hele projektperioden arbejdes med at skabe en anerkendelse af og vilje til at se ACS'erne som en vigtig aktør i at nå landbefolkningen med et sundhedsbudskab og sundhedsydelse. I særdeleshed vil fokus være på, at den officielt ansvarlige chef-sygeplejerske påtager sig denne opgave i henhold til sin jobbeskrivelse. Dette bør ske i samarbejde med sygehjælperne på de enkelte sundhedsklinikker samt social- og sundhedsunderviseren på hospitalet.
- Hospitalsledelsen påtager sig implementering og planlægning af undervisning og erfaringsudveksling med traditionelle fødselshjælpere og behandlere på landsbyniveau, muligvis i mindre omfang end under selve projektperioden. Økonomisk set overgår langt de fleste udgifter til kommunen i løbet af anden projektperiode. Sygehjælperen er i arbejdet med de traditionelle sundhedspersoner den centrale person, som på lokalt hold kan drage nytte af et større samarbejde med henblik på at nå bredere ud til landbefolkningen i området og herigennem styrke sine egne behandlingstal, der udgør det altdominerende lønninggrundlag. Ligeledes vil en øget gensidig motivation for samarbejde øge tilliden til sundhedsvæsenet ved at landbefolkningens egne sundhedsautoriteter kan virke som fortalere for brug af de officielle sundhedstilbud.

Følgende aktiviteter videreføres ikke efter projektets afslutning, men forventes at få en langsigtet afledt effekt på kommunens sundhedstilbud. Aktiviteterne bidrager i projektperioden til kapacitetsopbygning af sundhedsvæsenet og lokale aktører på landsbyniveau i kraft af styrkede personlige og organisatoriske kompetencer samt motivation og evne til at tage initiativ. Projektet fungerer i disse sammenhæng som en rollemodel for realistiske løsningsmodeller.

- Styrkelsen af bondefagforening og Ayllus foregår med henblik på at sætte sundhed på dagsorden overfor de to organisationer for her i gennem at opnå øget bevidsthed om sundhed hos de respektive landsbyautoriteter og opnå støtte til ACS arbejdet i landsbyerne. Der udarbejdes fra starten en klar samarbejdsaftale for omfang og tidsrum af støtten, så alle parter er velinformeret om det langsigtede perspektiv og for at opnå størst mulig promovning af sundhedsvæsenet i perioden.
- Uddeling af legater til fortsat skolegang og sygehjælperlegater medfører at enkeltpersoner får mulighed for enten at arbejde som sygehjælper eller i det mindste at opnå en højere afgangseksamen til brug for andet arbejde.
- Ved at inddrage sundhedspersonale i planlægning og gennemførelse af kurser og aktiviteter opøves pædagogiske og formidlingsmæssige procedurer og metoder, der kan bruges ved fremtidig strategiplanlægning
- Vedligeholdelse og reparation af sundhedsinfrastruktur søges i hele projektperioden inkluderet i kommunens sundhedsbudget for hver investering og donation for at sikre længst mulig levetid og funktion af de gennemførte investeringer
- Uddannelse af sundhedspersonalet fører til en øget faglig kompetence, der også efter projektets levetid vil komme landbefolkningen i kommunen til gode, forudsat at personeludskiftningen er lav
- Styrket koordinering mellem NGO'er og hospitalsledelse samt bedre lokal tilpasning af regionale strategier. Dette opnås ved kontinuerligt at arbejde på, at der afholdes koordinerende møder, som hospitalsledelsen tager initiativ til. Ligeledes gennem løbende dialog med SEDES at påpege, hvordan regionale strategier bedst muligt kan tilpasses til de lokale forhold for at opnå den ønskede effekt.

Formateret: Punktstilling

9 Implementering

9.1 Implementerings- og exit-strategi

Bæredygtighed og udfasning er tæt forbundet. Derfor vil alle samarbejdspartnere fra projektets start være bekendt med, at de løbende igennem projektet skal overtage mere og mere ansvar for projektaktiviteter. Der vil således blive udarbejdet konkrete samarbejds-aftaler med de centrale aktører, dvs. hospitalsledelse, kommune, bondefagforening, Ayllus og Inti Pallay for at sikre den gradvise overdragelse.

Da San Lucas kommune og provinsen er ressourcefattig, er det ikke IMCC's hensigt at påføre høje eller unødige udgifter til videreførelse af aktiviteter. Det er således et bevidst valg kun at lade en lille del af aktiviteterne føre videre ved lokale midler og arbejde på, at en række aktiviteter kan føres videre for meget små eller ingen midler på landsbyniveau. Da der i forvejen er tradition for at yde en frivillig indsats, vil det på landsbyniveau formodentlig kunne lade sig gøre at videreføre en række koordinerende aktiviteter, hvis den nødvendige motivation og behovet er til stede.

Efterfølgende beskrives i overordnede træk implementeringsforløb og udfasningsstrategi for hver aktivitet.

<p>Aktivitet 1.1.1 Støtte organisering af 11 kvindegrupper på landsbyniveau med henblik på at skabe et forum for diskussion af sundhed. Grupperne organiseres i samarbejde med sygehjælper og lokale autoriteter og underlægges fra starten Inti Pallay strukturen med henblik på bæredygtighed</p>	<p>I 2006 til 2008 udvides kvindegrupperne gradvist til at omfatte hele indsatsområdet. IMCC deltager aktivt i opstart og facilitering af grupperne i tæt koordinering med Inti Pallay. Fra 2009 nedtrappes den aktive støtte gradvist med henblik på at grupperne videreføres lokalt i Inti Pallay regi.</p>
<p>Aktivitet 1.2.1 Afholde fællesspisning på landsbyniveau med henblik på at skabe et forum til sundheds-diskussion ved sygehjælper og ACS'er i landsbyen. Organisering sker ved sygehjælper og ACS og muliggør formidling af information om f.eks. SUMI, faretegn ved fødsler og analyser af konkrete problemstillinger</p>	<p>I 2006 og 2007 opstartes fællesspisning i tæt samarbejde med sygehjælperne. Aktiviteten fortsætter med IMCC finansiering frem til 2011. IMCC deltager som observatør udvalgte steder.</p>
<p>Aktivitet 1.3.1 Afholde en årlig sundhedsdag per sektor for landsbyautoriteter, bondefagforening, ACS, sygehjælper og skolelærer med henblik på at opnå støtte til ACS systemet og skabe et forum til information, fælles planlægning og diskussion af sundhed</p> <p>Aktivitet 1.3.2 Støtte til styrkelse af bondefagforeningen ved 4 årlige møder med henblik på at styrke organisering, inddrage og informere autoriteter og fremme udbredelsen af sundheds-information. Dette kan ske ved eksterne oplægsholdere eller interne ressourcer om f.eks. SUMI, faretegn ved graviditet mm.</p> <p>Aktivitet 1.3.3 Støtte til af Ayllus ved 2 årlige møder med</p>	<p>I 2006 og 2007 afholdes de første sundhedsdage. Aktiviteten fortsætter med IMCC finansiering frem til 2011. IMCC deltager som observatør udvalgte steder.</p> <p>I 2006 til 2010 støttes relevante kurser og sundhedsrelaterede informationstiltag.</p> <p>I 2006 til 2010 støttes relevante kurser</p>

<p>henblik på at inddrage og informere autoriteter og fremme udbredelsen af sundhedsinformation. Dette kan ske ved eksterne oplægsholdere eller interne ressourcer om f.eks. SUMI, faretegn ved graviditet mm.</p>	<p>og sundhedsrelaterede informationstiltag.</p>
<p>Aktivitet 1.4.1 Støtte til organisering af ACS'er som et forum der bliver i stand til at formulere egne behov overfor sundhedsvæsenet og er motiveret til at fremme sundhedsudviklingen. Dette kan ske ved eksterne oplægsholdere eller interne ressourcer</p>	<p>Fra 2006 til 2010 mindskes IMCC-støtten med 20 % om året, men IMCC støtter OCIACS i at søge midler på sundhedsbudgettet. Fra 2006 planlægger og gennemfører bestyrelsen selv generalforsamlinger og aktiviteter.</p>
<p>Aktivitet 2.1.1 Understøtte 2 relevante kurser til hospitalspersonalet årligt med fokus på faglig efteruddannelse ud fra konkrete behov og som forum for erfaringsudveksling mellem læger, sygeplejersker og sygehjælpere, f.eks. ekografi</p> <p>Aktivitet 2.1.2 Understøtte 4 kurser til sygehjælpere med fokus på faglig efteruddannelse ud fra konkrete behov indenfor primær sundhed og som forum for erfaringsudveksling og dialog sygehjælpere imellem, f.eks. farmakologi</p> <p>Aktivitet 2.1.3 Understøtte at hospitals-administrationen i samarbejde med sygehjælperne udarbejder en årlig uddannelseplan for sundhedspersonalet i kommunen for at sikre en mere langsigtet planlægning</p> <p>Aktivitet 2.1.4 Understøtte kursuskomitéen i årligt at udarbejde en kursusmatrix samt kronogram for ACS kurser. Komitéen udgøres af en ansvarlig på hospitalet og sygehjælpere, der i fællesskab tager ansvar for ACS'ernes uddannelse i henhold til kommunens profil omkring kompetencer og krav til en ACS</p> <p>Aktivitet 2.1.5 Understøtte sundhedspersonalet i at gennemføre 2 årlige kursusrækker for ACS'er tilknyttet de 10 sundhedsklinikker i indsatsområdet i henhold til kursusplan og</p>	<p>Midler til kurser for sundhedspersonalet indskrives i sundhedsbudgettet for 2006 til 2010 og administreres af sundhedspersonalet.</p> <p>Midler til kurser for sygehjælpere indskrives i sundhedsbudgettet for 2006 til 2010 og administreres af sundhedspersonalet.</p> <p>IMCC understøtter hospitalsadministrationen med at udarbejder en årlig uddannelsesplan. Fra 2006 til 2010 ydes støtten primært som midler til koordinerende møder, hvor IMCC deltager som observatør.</p> <p>Kursuskomitéen udarbejder kursusplanen for ACS'er. På sigt er det sygehjælperne selv, der står for planlægningen. IMCC deltager i 2006 og 2007 som observatør. I 2008 til 2011 foretager kursuskomitéen al planlægning.</p> <p>Den kursusansvarlige på hospitalet gennemfører i samarbejde med sygehjælperne undervisning af ACS'erne. I 2006 til 2008 deltager IMCC</p>

<p>strategi, f.eks. AIEPI</p> <p>Aktivitet 2.1.6 IMCC deltager i DILOS møder med henblik på udarbejdelse af en langsigtet udviklingsplan for sundhed i kommunen samt deltage i den årlige sundhedsbudget planlægning (POA)</p> <p>Aktivitet 2.1.7 Investere i sundhedsinfrastruktur i kommunen herunder primært udstyr til sundhedsklinikker (80%) og hospital (20%)</p>	<p>på udvalgte kurser som observatør for herefter helt at overlade kursusrækken til hospitalet. Kommunen overtager ifølge samarbejdsaftale med IMCC fra 2007 100 % af omkostningerne til ACS'ernes kurser. Dette vil blive søgt fastholdt i en ny aftale frem til 2011.</p> <p>IMCC deltager i alle DILOS møder i perioden 2006 til 2010 samt i planlægning af sundhedsbudgettet. I 2011 deltager IMCC kun som observatør.</p> <p>Investeringer i sundhedsinfrastruktur indskrives i kommunens sundhedsbudget for 2006 til 2010, således at alle udbetalinger er foretaget og opfølgning på igangsatte investeringer kan afsluttes i løbet af 2010.</p>
<p>Aktivitet 2.2.1 Understøtte sundhedspersonalet i at planlægge og gennemføre en årlig kursusrække for traditionelle fødselshjælpere for at øge fagligheden og hjælpe sygehjælpere til at opbygge en relation til fødselshjælpere i sit område</p> <p>Aktivitet 2.2.2 Understøtte sundhedspersonalet i at samarbejde og udveksle erfaringer med traditionelle behandlere samt i at planlægge og gennemføre en årlig kursusrække for at øge erfaringsudvekslingen, fagligheden samt hjælpe sygehjælpere til at opbygge en relation til traditionelle behandlere i sit område</p>	<p>Den kursusansvarlige på hospitalet gennemfører i samarbejde med sygehjælperne undervisning af de traditionelle fødselshjælpere. I 2008 til 2010 deltager IMCC på udvalgte kurser som observatør for herefter helt at overlade kursusrækken til hospitalet. IMCC og kommunen udarbejder en fordelingsnøgle for støtte til uddannelse og samarbejde med traditionelle fødselshjælpere, der sigter mod at kommunen gradvis overtager en større del af udgifterne fra 10 % i 2006 til 50 % i 2010.</p> <p>IMCC understøtter sygehjælperne i at få startet dialogen med de traditionelle behandlere i 2006 og trækker sig gradvist ud frem til 2010.</p>
<p>Aktivitet 2.3.1 Understøtte ACS'er i at gennemføre deres arbejdsopgaver dvs. husbesøg, charlas,</p>	<p>I 2006 til 2008 deltager IMCC på udvalgte kurser som observatør for</p>

<p>brug af referencesystem m.m</p> <p>Aktivitet 2.3.2 Sikre at ACS'ere besidder basale remedier til at udføre deres arbejde (f.eks. Botiquiner, AIEPI materiale, SODIS, referencesedler)</p> <p>Aktivitet 2.3.3 Uddeling af 2 årlige sygehjælperlegater til fortrinsvis ACS'er som en motivationsfaktor for det frivillige arbejde</p> <p>Aktivitet 2.3.4 Uddeling af 10 årlige CEMA-legater med henblik på at opkvalificere ACS'er, så de får mulighed for at søge sygehjælperlegater og udføre deres opgaver mere kvalificeret samt styrke motivationen for det frivillige arbejde</p> <p>Aktivitet 2.3.5 Understøtte at sygehjælpere 2 gange årligt superviserer ACS'er for at anerkende deres arbejde, opbygge en relation, sikre korrekt fremgangsmåder og følge op på udskiftninger blandt ACS'er</p>	<p>herefter at overlade støtten af ACS'er til hospitalet og sygehjælpere.</p> <p>Midler til remedier og materialer til ACS'er indskrives i sundhedsbudgettet for 2006 til 2011. IMCC og kommunen udarbejder en fordelingsnøgle for støtte til de centrale materialer.</p> <p>IMCC finansierer årlige legatportioner fra 2006 til 2010.</p> <p>IMCC finansierer årlige legatportioner fra 2006 til 2010.</p> <p>I 2006 til 2009 deltager IMCC på udvalgte kurser som observatør, men i hele perioden er sygehjælperne de primært ansvarlige for at gennemføre supervisionen.</p>
<p>Aktivitet 2.4.1 Styrke koordinering mellem sundheds-NGO'er og hospitalsadministrationen med henblik på et stærkere samarbejde om sundhed i kommunen, hvor hospitalsadministrationen påtager sig en ledende rolle</p> <p>Aktivitet 2.4.2 Samarbejde med andre NGO'er med henblik på at give konstruktiv kritik til SEDES med henblik på hvordan strategier bedst tilpasses de lokale forhold herunder informations- og uddannelsesmaterialer</p>	<p>Hospitalet har det primære ansvar for at indkalde og afholde møder. IMCC deltager i 2006 til 2010 i alle møder og påtager sig arbejdsopgaver på lige fod med andre medlemmer.</p> <p>IMCC tager initiativ til og deltager i alle møder i 2006 til 2010 og påtager sig arbejdsopgaver på lige fod med andre medlemmer. Ligeledes søges gennem hele perioden en tæt dialog med distriktet samt SEDES.</p>

9.2 Monitorering og evaluering

Monitoreringssystem

Monitoreringen af den anden projektfase er en fortsættelse og videreudvikling af det etablerede og velfungerede system. Monitoreringen sker som en kontinuerlig deltagerorienteret proces, hvor systematisk indsamlet fakta og viden fra en række repræsentative kilder og samarbejdspartnere kvalificeres gennem dialog med den

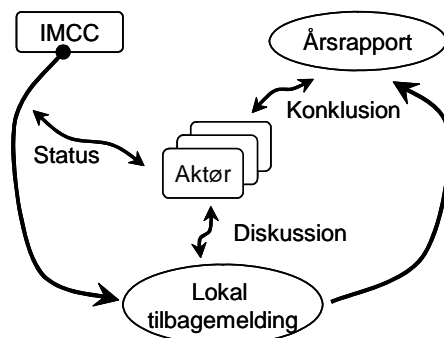
relevante aktør. Hensigten er at opnå et helhedsbillede om projektets fremskridt og eventuelle problemer.

Monitoreringen opfattes således som en proces, hvor dialogen i sig selv er af værdi for de deltagende parter, og som giver mulighed for refleksion og diskussion.

Monitorering opfattes som en fortløbende dokumenterings- og rapporteringsindsats, der foregår sideløbende med alle projektaktiviteter og ikke som en aktivitet i sig selv. I monitoreringssystemet indgår således alle relevante indikatorer fra aktivitets-LFA'en. Det er dog kun de udadvendte projektaktiviteter, der monitoreres på denne måde.

Nedenfor beskrives projektets monitorerings- og evalueringsredskaber.

Fig. 3: Monitoreringsforløb



Halvårlig projektgennemgang

Hvert halve år gennemfører San Lucas Projektgruppen i Bolivia en projektgennemgang i forbindelse med overlappet og introduktion af nye projektarbejdere. På basis af projektdokumentet og strategipapirer analyseres projektets implementering, og de kommende 6 måneder planlægges.

Med udgangspunkt i det deltagerorienterede monitoreringssystem kan aktivitets-LFA'en og strategipapirerne for de enkelte aktiviteter revideres.

Fagbreve

Projektarbejderne sender hver 3. måned til fastlagte datoer skriftlige fagbreve til projektgruppen i Danmark, der i et fast format beskriver og perspektiverer projektets implementering i forhold til projektets målsætninger. Fagbrevene bruges til forberedelse af kommende udsendte på gruppemøder samt generelt som information til projektgruppen i Danmark.

Arkiv

Der føres referater af alle væsentlige møder og aktiviteter til arkiv, som bruges som erfaringsbank for San Lucas Projektgruppen. Arkivet sendes sammen med fagbrevene til projektgruppen i Danmark til orientering.

Årsrapport

Med udgangspunkt i monitoreringssystemet foretages en årlig opsamling på monitoreringsdata, der udgør grundlaget for at skrive årsrapporten. Delkomponenterne til årsrapporten diskuteres med de implicerede partnere og aktører for at få kvalificeret overvejelserne og inddrage viden fra målgruppen. Denne diskussion og tilbagemelding finder sted, når det er hensigtsmæssigt og praktisk gennemførligt, f.eks. i forbindelse med et møde eller et gennemført kursus. Sidst på året samles alle delkomponenterne til årsrapporten. Årsrapporten udleveres til alle partnere i et passende format, tilpasset den enkeltes aktørs evner og behov, med henblik på diskussion og erfaringsudveksling.

Evaluering

Evalueringerne foretages ud fra en procesorienteret kvalitativ tilgang, der inddrager målgruppen og samarbejdspartnere og sammenholdes med kvantitative data fra den offentlige sundhedsstatistik for kommunen, de gennemførte KAP studier og monitoreringssystemet. Tilsammen vil det gøre det muligt at belyse sundhedsudviklingen over tid i indsatsområdet og bedømme projektets målopnåelse.

Der gennemføres en midtvejsevaluering ved en ekstern konsulent i 2008 med henblik på at opsamle erfaringer og tilpasse udfasningsstrategien. Evalueringsrapporten bør primært være henvendt til San Lucas Projektgruppen..

Desuden foretages et fornyet KAP studie i 2010 ved ekstern konsulent som opfølgning på tidligere gennemførte KAP studier, evt. med en målrettet fokusering afhængig af behov og ønsker. Rapporten bør primært være henvendt til San Lucas Projektgruppen samt samarbejdspartner og indgå som informationskilde til slutevaluering

Derudover foretages en ekstern slutevaluering i 2011 med henblik på at foretage en afsluttende vurdering og analyse af projektets samlede implementering og resultater. Inddragelse af interessenter og projektaktører bør indgå som en væsentlig parameter i evalueringsprocessen. Evalueringsrapporten bør være rettet mod såvel eksterne interessenter som internt i IMCC Ulandsgruppen.

9.3 Budget og finansiering

Budget for projektprioriteten 1. juli 2006 til 30. juni 2011

	Total		2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Danida	Andre						
1. Aktiviteter	1.277.100	-	199.950	256.800	233.800	230.800	268.300	87.450
Uddannelse af sundhedspersonalet	140.000	-	14.000	28.000	28.000	28.000	28.000	14.000
Uddannelse, supervision og støtte af frivillige sundhedsarbejdere	270.500	-	50.700	54.400	53.400	52.400	51.400	8.200
Uddannelse og supervision af traditionelle fødselshjælpere	126.450	-	24.450	24.400	22.400	20.400	18.400	16.400
Uddannelse og supervision af traditionelle behandlere	125.750	-	24.450	24.400	22.400	20.400	18.400	15.700
Investering i sundhedsinfrastruktur	250.000	-	50.000	50.000	50.000	50.000	50.000	0
NGO møder og koordinering	53.000	-	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	3.000
Kvindegrupper	100.800	-	11.200	22.400	22.400	22.400	22.400	0
Landsbyprojekter og sundhedsfora	215.600	-	33.600	41.600	41.600	41.600	41.600	15.600
Monitringssystem	30.000	-	6.000	6.000	6.000	6.000	6.000	0
Udfasningsaktiviteter	90.750	-	0	20.000	0	0	40.500	30.250
2. Investeringer	544.000	-	480.000	23.000	13.000	23.000	5.000	0
Kontorudstyr	40.000	-	0	15.000	5.000	15.000	5.000	0
Projektbiler	480.000	-	480.000	0	0	0	0	0
Andet udstyr, telte mm.	24.000	-	0	8.000	8.000	8.000	0	0
3. Udsendte medarbejdere	3.301.572	-	429.100	624.100	625.336	626.609	626.920	369.506
Udsendte medarbejdere	1.956.372	-	276.050	366.000	367.236	368.509	369.820	208.756
Andre udsendelseomkostninger	754.000	-	85.250	130.500	130.500	130.500	129.500	147.750
Rekruttering og foreberedelse	591.200	-	67.800	127.600	127.600	127.600	127.600	13.000
4. Lokale medarbejdere	380.125	-	38.013	76.025	76.025	76.025	76.025	38.013
Boliviansk socialarbejder	260.125	-	26.013	52.025	52.025	52.025	52.025	26.013
Andre bolivianske ansatte	120.000	-	12.000	24.000	24.000	24.000	24.000	12.000
5. Lokal administration	855.300	-	89.500	174.000	174.000	174.000	174.000	69.800
Bolig, vedligehold og drift	69.500	-	7.500	15.000	15.000	15.000	15.000	2.000
Transportmidler, brug og vedligehold	500.000	-	50.000	100.000	100.000	100.000	100.000	50.000
Lokale rejser og hotel, hus i Sucre	173.300	-	18.500	37.000	37.000	37.000	37.000	6.800
Kontorhold og kommunikation	85.000	-	8.500	17.000	17.000	17.000	17.000	8.500
Advokatbistand, revisor mm.	27.500	-	5.000	5.000	5.000	5.000	5.000	2.500
6. Projekt- og programrelateret oplysning i Danmark	96.500	-	28.500	31.000	11.000	11.000	11.000	4.000
Rekrutteringskampagner og materialer	22.500	-	2.500	5.000	5.000	5.000	5.000	0
Kurser, foredrag og udstillinger	20.000	-	2.000	4.000	4.000	4.000	4.000	2.000
Ad hoc ansættelse journalist	40.000	-	20.000	20.000	0	0	0	0
Oprettelse og drift af projektwebsite	14.000	-	4.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000
7. Projekttilsyn	0	-	0	0	0	0	0	0
8. Evaluering	300.000	-	0	0	60.000	0	60.000	180.000
Midtvejsevaluering	60.000	-	0	0	60.000	0	0	0
KAP studie	60.000	-	0	0	0	0	60.000	0
Slutevaluering	180.000	-	0	0	0	0	0	180.000
9. Budget margin (beregnet med 10 %)	675.460	-	126.506	118.493	119.316	114.143	122.125	74.877
10. Projektudgifter i alt	7.430.057	-	1.391.569	1.303.418	1.312.477	1.255.577	1.343.370	823.646
11. Revision i Danmark	154.000	-	14.000	28.000	28.000	28.000	28.000	28.000
Arsregnskab og revision	154.000	-	14.000	28.000	28.000	28.000	28.000	28.000
12. Subtotal	7.584.057	-	1.405.569	1.331.418	1.340.477	1.283.577	1.371.370	851.646
13. Administration i Danmark (udgør 4,07%)	307.500	-	35.750	71.500	51.500	51.500	71.500	25.750
14. TOTAL	7.891.557	-	1.441.319	1.402.918	1.391.977	1.335.077	1.442.870	877.396

9.4 Økonomistyring og revision

Bogføring

Der vil være en kasserer for projektet i Danmark og en kasserer for projektet i Bolivia med følgende arbejdsopgaver:

- Gennemføre betalinger
- Bogføre og afstemme kasseklade månedligt ud fra bilag
- Gennemføre løbende budgetopfølgning
- Revidere driftsbudget hvert halve år i samarbejde med resten af projektgruppen

For kassereren i Bolivia gælder endvidere:

- Udarbejde et månedsregnskab over forbrug i Bolivia, som information til projektgruppen og eksterne samarbejdspartnere
- Udarbejde en månedlig opgørelse over forbrug i Bolivia opdelt på hovedposter til det bolivianske skattevæsen, såfremt dette er lovkrav

Der anvendes et edb-baseret bogføringsprogram i såvel Danmark som Bolivia.

Årsregnskab og revision

Regnskabsåret følger kalenderåret. Første regnskabsperiode i 2006 er på 6 måneder og omfatter perioden 1. juli til 31. december. Sidste regnskabsperiode 2011 er på 6 måneder og omfatter perioden 1. januar til 30. juni.

Ved regnskabsårets afslutning samles regnskaberne for Danmark og Bolivia og overgives til revision ved anerkendt revisor i Danmark. Efter regnskabets godkendelse i IMCC's Ulandsgruppe forelægges regnskabet Danida til godkendelse. Den valgte revisor vil gennemføre revision i overensstemmelse med Danidas retningslinier.

10 Revision af projektdokument

Såfremt der i projektforsløbet opstår behov for at ændre i projektet, vil dette blive gennemført af San Lucas Projektgruppen i samarbejde med dets samarbejdspartnere. Revision af projektdokumentet gennemføres under hensyntagen til principperne opstillet i læsevejledningen, side 5.

Ved en større revision af projekt-LFA'en eller budgetrammen sker dette efter rådføring med Danida.

11 Bilag

1. LFA – matrix (Projekt-LFA og Aktivitets-LFA)
2. Detaljeret budget
3. Kontoplan
4. Rammeaftale med sundhedsministeriet i Bolivia
5. Rammeaftale med udenrigsministeriet i Bolivia
6. Samarbejdsaftale med SEDES, Chuquisaca
7. Samarbejdsaftale med San Lucas kommune
8. Samarbejdsaftale med San Lucas Hospital
9. Samarbejdsaftale med Bondefagforeningen
10. Kort over Bolivia med Chuquisaca
11. Kort over San Lucas kommune