

BDM - Brødremenighedens Danske Mission

Danish Moravian Mission

Ydre Missions Hus x Nørregade 14 x 6070 Christiansfeld

Tel. 74 56 22 33 x Telefax. 74 56 13 34 x E-mail: bdm@dmr.org .www.bdm-dk.dk



Projekt Mobil Klinik ved Tanganyika Søen



Generelt om projektet.

Området

Nkansi distrikt ligger i Rukwa Regionen i det sydvestlige Tanzania. Moravian Church Rukwa Tanzania (MCRT) er en protestantisk kirke, som er en del af det verdensomspændende Brødre Unitet. MCRT har ca. 40.000 medlemmer i Rukwa Regionen og er dermed regionens største protestantiske kirke. MCRT ser det som en vigtig opgave at gå ind i det primære sundhedsarbejde, især, hvor der er stærkt behov for det. Det sker ud fra det overordnede synspunkt, at kirken skal medvirke til at forbedre menneskers livsmuligheder. MCRT har siden midt i 1990'erne drevet et sundhedscenter og 2 klinikker, men har et ønske om i meget højere grad at gå ind i det forebyggende helsearbejde. Nærværende projekt har til mål at forbedre sundhedssituationen for lokalbefolkningen i Wampembe og Kirando Divisioner, Nkansi Distrikt, Rukwa Region i overensstemmelse med FN's Verdenssundheds- organisations "Sundhed for alle" koncept, som Tanzanias regering har tilsluttet sig.

Problemer:

Ifølge "Nkansi District Profile 2002" og oplysninger fra DMO, Nkansi District, er følgende problemer fremtrædende i området den Mobile klinik skal arbejde i:

- Høj frekvens af kolera og dysenteri
- Høj frekvens af død pga. modstandsdygtig malaria
- Lav ernæringsmæssig status.
- Høj infektionsrate af parasitter.
- Høj frekvens af involdsorm og bilharzia
- Hvor der findes lokale klinikker er de generelt dårligt udstyrede.
- Mange mennesker lever langt fra klinikker og andre sundhedsfaciliteter.
- Dårlig eller ingen infrastruktur, hvilket gør det vanskeligt for service medarbejdere at nå ud til alle, hvorfor Community Health Department har få aktiviteter.
- Der er kun få uddannede Village Health Workers (VHW)
- Der er kun få uddannede Traditional Birth Attendants (TBA).
- Lav dækningsgrad af voksen-helse-undervisning.
- Høj frekvens af HIV/AIDS
- Dårlige sanitære forhold
- Omtrent ingen landsbybaserede aktiviteter og service

Den generelle sundhedstilstand i området er dårlig, og det gælder den største del af befolkningen i området. Blandt grundene til problemernes omfang kan nævnes: Utilstrækkelige ressourcer fra regeringen, utilstrækkelig infrastruktur, området ligger langt fra ressourcer. Rukwa Regionen er som region forholdsvis ny, ligesom distriktet også er ret nyt.

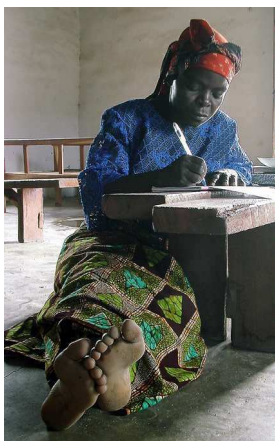
Formålet med projektet

Grundideen i projektet er at hjælpe befolkningen i området til en bedre generel helse situation, i overensstemmelse med den Primary Health Care (PCH) Strategy, som beskrevet i 1992 af Ministry of Health og DANIDA (Health for all, all for Health). MCRT er ansvarlig for projektets implementering i tæt samarbejde og med støtte fra District Medical Officer, DMO, (Embedslægen).

Der er etableret et team af sundhedsfagligt personale (sygeplejersker, tropemediciner, jordemoder mv.) herunder nogle med uddannelse i primært sundhedsarbejde og bygget en båd til projektet. Teamet sejler ud til i alt 33 landsbyer, som ligger i det pågældende område ved bredden af Tanganyikasøen. Oprindeligt var det planen, at teamet skulle besøge alle landsbyer med tre måneders intervaller, hvilket i praksis har vist sig at være for optimistisk indtil videre. Indsatsen skal:

- fokusere på Community Based Health Care specielt ved at etablere træningsprogrammer for, rådgive og monitere Village Health Workers, Traditional Birth Attendants og Traditional Healers.
- fokusere på prænatale kvinder, drive fortalervirksomhed for at fødende kvinder i højere grad bruger etablerede helsefaciliteter i forbindelse med fødslen, foruden at bruge dem postnalt.
- levere forebyggende, promotiv og helbredende service leveret med regelmæssige intervaller i kystområdet. Besøgsinterval 3 måneder.
- inspirere Community Development gennem Village Health Workers og andre, til at forbedre kvaliteten af sanitære forhold, til at forbedre metoder for landbrug med henblik på bedre ernæring og bygning af sunde huse. Selvhjælp prioriteres. Village Health Workers skal trænes i at undervise befolkningen i vigtigheden af havebrug og i at undgå at malaria myg får ynglemuligheder i nærheden af huse.
- tage initiativ til fremstilling af "domed slabs", gulve til pit-latriner, som dels skal sælges til kostpris, dels skal kunne fremstilles af lokale håndværkere i landsbyerne.
- fortalervirksomhed for at undgå de omtalte lidelser vil være højt prioriteret. Desuden fortalervirksomhed med henblik på, at landsbyerne selv medvirker ved opførelse af village health posts, at de fremover vedligeholder disse og at de i højere grad bruger sundhedsfaciliteter stillet til rådighed af regeringen eller MCRT. Desuden prioriteres det, at TBA's og TH's opfordres til at arbejde sammen med MCHT.
- i det omfang det er naturligt ved landsbybesøgene yde kurative services, ved behandling på stedet eller ved at bringe patienter til en bedre helse facilitet. Ved udbringning af medicin og udførelse af vaccinationsprogrammer vil de relevante medarbejdere kunne drage fordel af den mobile klinik båd.
- sikre at myggenet indkøbes og fordeles til fattige familier.

At tale for en bedre sundhedstilstand



Projektet vil således dels levere serviceydelser i mindre omfang og dels arbejde med forebyggende primært sundhedsarbejde og fortalervirksomhed. Bæredygtigheden i dette primære sundhedsarbejde prioriteres. Projektet sigter mod gennem kapacitetsopbygning og fortalervirksomhed at styrke områdets sundhedsarbejde og sætte befolkningen i Wampembe og Kirando Divisions i stand til i højere grad selv at forbedre og tage vare på de sundhedsmæssige forhold og risici i lokalsamfundene herunder også at hjælpe målgruppen til at udnytte de eksisterende private og offentlige sundhedssystemer og deres faciliteter mere effektivt og hensigtsmæssigt.

De kapacitetsopbyggende aktiviteter omfatter især træning og uddannelse af et PHC Management Team, det ansatte sundhedspersonale samt landsbysundhedsarbejdere og medlemmerne af landsbyernes sundhedskomiteer. Traditionelle fødselshjælpere vil blive inddraget og tilbudt træning, og der vil blive foretaget registrering af traditionelle behandlere i projektområdet, hvis brug af bl.a. urtemedicin vil blive nærmere undersøgt.

Endvidere vil der blive sat ind på at bevidstgøre lokalsamfundet især om forebyggelse og behandling af malaria, om årsager til og afhjælpning af fejlernæring, om forbedring af sanitære forhold og forebyggelse af vandbårne sygdomme samt om, hvordan den høje dødelighed i forbindelse med graviditet og barnefødsler kan nedbringes. Lærerne på skolerne i projektområdet vil blive opgraderet i kundskab om og forståelse af sundhedsrelevante emner, således at de kan viderebringe denne viden til eleverne.

Fortalervirksomheden omfatter lobbyarbejde både regionalt og på distriktsplan i forhold til sundhedsmyndigheder, politikere og andre opinionsdannende organisationer og personer bl.a. med henblik på at øge regeringens økonomiske støtte til kirkens sundhedsarbejde på lokalt plan Endvidere indebærer fortalervirksomheden en bevidstgørelse af befolkningen om lokal- samfundets eget ansvar og muligheder for at forbedre de lokale sundhedsmæssige forhold og for at stille krav om bedre sundhedsydelser fra sundhedsmyndighederne.

Projektet bidrager således også indirekte til at forbedre den generelle sundhedstilstand i området med speciel fokus på børns sundhed og reproduktiv sundhed samt forebyggelse og behandling af malaria, der er et stort problem i projektområdet. Strategien er at træne og bevidstgøre sundhedspersonalet, inddrage lokalbefolkningen mest muligt og forbedre samarbejdet og koordineringen med de lokale og regionale sundhedsmyndigheder. På den måde forventes det, at det offentlige sundhedsvæsen på sigt vil øge støtten til kirkens sundhedsarbejde og derved sikre bæredygtigheden heraf, således at fortsat støtte hertil fra kirkens samarbejdspartnere gradvist kan reduceres.

Levestandard og økonomiske forhold i området

Økonomi

Med en BNI på USD 350 pr. indbygger (2007) og et indbyggertal på ca. 38.3 mill. (2007) er Tanzania et af verdens fattigste lande. Tanzania, der først var under tysk og senere britisk overherredømme, dækker et areal på 945.000 km² og deler grænser med Kenya, Uganda, Rwanda, Burundi, Congo, Zambia, Malawi og Mozambique. Landet er inddelt i 26 regioner og 123 distrikter.

Befolkning

Ca. 80 % af befolkningen lever i landsbyer i landdistrikterne. Befolkningstilvæksten er på 2,8% om året, og næsten halvdelen af befolkningen er under 15 år. Den gennemsnitlige levealder for kvinder og mænd er henholdsvis 49 og 47 år, hvilket repræsenterer et fald i forhold til tidligere. Det skyldes bl.a., at spædbørnsdødeligheden fortsat er høj, og at malaria og HIV/AIDS-epidemien kræver et stigende antal dødsopre både blandt børn og blandt kvinder og mænd i den produktive alder, hvilket forårsager store sociale og økonomiske problemer. Reproduktiv sundhed udgør bl.a. på grund af HIV/AIDS-epidemien og andre seksuelt overførte sygdomme et voksende problem.

Trods en stigende industriproduktion er landbruget fortsat landets vigtigste erhverv og indtægtskilde, der tegner sig for 75 - 80 % af eksportindtægterne, men kun dækker 1/3 af importudgifterne. De internationale kaffepriser har været faldende i de senere år, hvilket påvirker både landets og mange familiers økonomi. Mere end halvdelen af befolkningen skønnes nu at leve under fattigdomsgrænsen, og fattigdommen menes at være taget til i de sidste 10 år. Regeringen har imidlertid udarbejdet en meget anerkendt strategi for fattigdomsbekæmpelse, og regeringen skønner selv, at de sociale nøgletal har forbedret sig i de senere år som følge af en stabil økonomisk vækst. Tanzania fik i 2001 en markant international gældslettelse som belønning for flere års målrettet økonomisk politik, der har medført en økonomisk vækst på ca. 4% om året, der ventes at stige til 5-6%, og har betydet en lav inflation.

Sundhed og mangel på samme

Sundhedssektoren gennemgår i disse år en række omfattende reformer, der skal fremme en effektivisering og decentralisering af hele sundhedssystemet, som giver regionerne og distrikterne en hovedrolle inden for sundhedsvæsenet i sammenhæng med reformerne af de lokale regeringsstrukturer og sikre en multi-sektor approach. Reformerne i sundhedssektoren blev igangsat i 1996 i erkendelse af tiltagende problemer med finansiering, effektivitet og kvalitet. Formålet er at sikre hele befolkningen adgang til basale sundhedsydelser. Der lægges vægt på opbygning af lokal kapacitet og bedre udnyttelse af eksisterende ressourcer og faciliteter samt på at styrke det opsøgende og forebyggende primære sundhedsarbejde, tilpasset de lokale behov med særligt hensyn til de mest udsatte grupper. Desuden skal lokalsamfundene inddrages mere direkte og aktivt med henblik på at opnå et mere bæredygtigt sundhedssystem, hvor befolkningen i højere grad tager et medansvar for deres egen sundhedstilstand. Ifølge regeringens strategi for fattigdomsbekæmpelse og "Development Vision 2005" er forbedring af befolkningens sundhedstilstand et prioritetsområde.

I januar 2000 udarbejdede sundhedsministeriet et forslag til en *National Package of Essential Health Interventions* med henblik på at prioritere støtte til de indsatser, der vil have størst betydning for folkesundheden i Tanzania. Der fokuseres heri specielt på reproduktiv sundhed og børnesundhed, herunder familieplanlægning, amning, ernæring, hospitalsfødsler, frivillig testning og rådgivning i forbindelse med HIV/AIDS, herunder home-based care, støtte til HIV/AIDS-smittede, forældreløse og enker, forebyggelse af andre smitsomme sygdomme som f.eks. malaria og tuberkulose, forebyggelse og behandling af de almindeligste ikke-smitsomme sygdomme, herunder sukkersyge, der også i Tanzania er et voksende problem, forebyggelse og behandling af lokale sundhedsproblemer, f.eks. øjenssygdomme, som er meget udbredte i visse områder, og sundhedsoplysning i lokalsamfund og skoler om f.eks. betydningen af rent drikkevand og ordentlige sanitære forhold.

Missionsselskaber og kirkelige organisationer påbegyndte sundhedsarbejde i Tanzania i begyndelsen af forrige århundrede, længe før der var offentlige sundhedstilbud. De nu selvstændige nationale kirker står fortsat for ca. 40% af sundhedsarbejdet i Tanzania. Især i isolerede landdistrikter er de kirkelige hospitaler, sundhedscentre, sundhedsklinikker og primære sundhedsprogrammer ofte det eneste reelle sundhedstilbud til lokalbefolkningen. En stor del af befolkningen i landdistrikterne benytter sig dog stadig af alternativ medicin og traditionelle healere, som der derfor søges indledt et samarbejde med.

Regeringen hverken ønsker eller evner at overtage det kirkelige sundhedsarbejde og lægger derfor i reformprogrammet for sundhedssektoren op til et øget *Public/Private Partnership* på sundhedsområdet. I forvejen har 13 af de hospitaler (herunder Sikonge Hospital, Tabora Region, drevet af Brødrekirken i Vest Tanzania), der drives af kirkerne, fået status som såkaldte *Designated District Hospitals*, hvilket indebærer, at de indgår i det offentlige sundhedssystem og derfor får et større driftstilskud til lønninger, medicin

m.v. end de andre kirkelige hospitaler, der blot modtager de ofte beskedne såkaldte "bed grants". Gennem *Christian Social Service Committee (CSSC)* koordinerer de forskellige kirkesamfund i Tanzania samarbejdet med de nationale myndigheder indenfor sundhed og uddannelse.

HIV/AIDS

HIV/AIDS-epidemien udgør et stort problem i hele Nkansi. MCRT har iværksat en indsats i kampen mod HIV/AIDS, i form af afholdelse af seminarer for MCRT personale, bl. a. for præster, der har mulighed for at spille en vigtig fortalerrolle i sognene. De fire brødrekirkeprovinser i Tanzania vedtog i år 2001 en tilgang til HIV/AIDS problemet, der kaldtes "break the silence," og denne beslutning har betydet HIV/AIDS programmer i alle fire provinser. MCRT er den provins, der sidst er kommet i gang med denne indsats. Det er evident, at netop området ved Tanganyika søen er hårdt ramt af AIDS, i høj grad fordi der er megen rejseaktivitet af mennesker fra især D. R. Congo men også Burundi og Zambia. Det betyder en hurtig spredning af HIV/AIDS. Denne udvikling betyder en større fokusering på HIV/AIDS problemet i projektet end først antaget.

PHC-koordinatoren skal sammen med samtlige Village Health Workers, samt personalet på sundhedsinstitutionerne er blevet trænet i HIV/AIDS, og oplysning om HIV/AIDS er blevet en naturlig del i den almindelige forebyggende sundhedsundervisning samt i Home Based Care-aktiviteterne. Mobil Clinic teamet prioriterer oplysningsarbejdet om HIV/AIDS højt.

Geografi.

Rukwa Regionen findes i det sydvestlige Tanzania med kystlinje til Tanganyika Søen, grænse mod Kigoma Region i nord, Tabora Region i øst og Mbeya i syd. Mod sydvest findes grænsen til Zambia. Regionen dækker 68.955 kvadratkilometer. Regionen er delt ind i 4 administrative distrikter: Sumbawanga Urban, Sumbawanga Rural, Nkansi og Mpanda. Rukwa er et udkantområde over 1000 km. fra hovedbyen Dar Es Salaam. Siden kolonitiden har der ikke fundet nogen væsentlig eksport sted, om end man nu ved hjælp af en god majsproduktion i på Fipa platauet kan eksportere majs til andre regioner i landet. Udviklingspotentialerne i visse dele af regionen er gode, der findes blandt andet en del ædelsten. Omkring 90% af befolkningen er landmænd, som dyrker blandet landbrug, dog mest majs på små jordlodder.

Nkansi distrikt er det mindste i Rukwa Regionen, både hvad angår areal og befolkning. Det tæller i alt 13.124 kvadratkilometer og har en befolkning på 208.497 (2002), en befolkningstilvækst på 3,3 % og en befolkningstæthed på 15,69 personer pr. kvadratkilometer.

Mange af landsbyerne i distriktet er placeret ved Tanganyika Søen og logistikken er yderst vanskelig på grund af den dårlige eller manglende infrastruktur. I det område, som Mobil Klinik projektet skal dække bor 78.347 mennesker. De fleste i Wampembe og Nkansi distrikter lever af landbrug, om end mange har deres hovedindkomst som fiskere. Landbrugsarealet ved søen er begrænset, idet store områder er dækket af klippeområder og bakket terræn. Befolkningen har vist høj modstand mod at ændre adfærd som medvirker til dårlig helse, anvisninger givet af sundhedspersonale

Projektets samarbejdspartnere.

Indenfor sundhedssektoren findes der fire hovedaktører:

- Traditional Healers
- Traditional Birth Attendants, der stadig spiller en stor rolle i landsbyerne
- Regeringen, der ikke driver noget hospital i distriktet og kun et sundhedscenter i projektområdet
- NGO-organisationer (herunder især kirkerne), der står for over 40% af sundhedsarbejdet i regionen, samt privatpraktiserende læger og private medicinudsalg

I Wampembe og Kirando Divisions findes ingen hospitaler, kun ét sundhedscenter, ejet af regeringen og otte sundhedsklinikker, hvoraf Den katolske kirke ejer det ene og regeringen de 7 øvrige.

Ifølge den nationale sundhedspolitik bliver sundhedsarbejdet koordineret mellem regeringen og NGO'erne, hvilket især vil sige forskellige kirker. NGO'erne får af de regionale og lokale sundhedsmyndigheder tildelt status som "lead agencies" i områder, hvor de normalt i forvejen er operative således, at der ikke etableres parallelle strukturer for herved at undgå uhensigtsmæssig konkurrence og ressourcspild. Dette er udtryk for en velovervejede strategi, hvilket betyder en mere effektiv udnyttelse af de alt for få sundhedsinstitutioner og de begrænsede midler, der er til rådighed for sundhedsarbejdet.

Mobile Clinic Project er således ansvarlig for at gennemføre den nationale sundhedspolitik på PCH-området i overensstemmelse med regeringens retningslinier i det område, hvori projektet opererer. For at koordinere indsatsen holdes regelmæssigt møder mellem MCRT og andre NGO'er samt de involverede distriktsmyndigheder og de regionale sundhedsmyndigheder.

Brødrekirken i Tanzania.

BDMs samarbejdspartner i Rukwa Region, Tanzania er Brødrekirken i Rukwa (Moravian Church Rukwa Tanzania (MCRT)). Samarbejdet indledtes i 1964, da Rukwa provinsen stadig var en del af Moravian Church Western Tanzania (MCWT). Da MCRT i 1986 opnåede status af selvstændig provins, fortsatte BDMs samarbejde med provinsen, og BDM er lead agency for provinsens samarbejdspartnere. BDM forsætter sideløbende sit nu 80 år gamle samarbejde med MCWT.

Den direkte samarbejdspartner i dette projekt er MCRT, repræsenteret ved mcrt Medical Board. De enkelte provinser inden for Brødrekirken har selvstyre, hver provins har sin egen konstitution, som skal være i overensstemmelse med Unitas Fratrum's overordnede konstitution "Church Order". Provinsen ledes af en demokratisk valgt bestyrelse.

MCRT har ca. 40.000 medlemmer, mens de fire Brødremenighedsprovinser, der findes i Tanzania til sammen tæller ca. 400.000 medlemmer. MCRT har 300 menigheder (2002-tal) og et budget (2004) på 172.415.934. TZS (1,1 mill. DKK). MCRT er den nyeste Brødrekirkeprovins i Tanzania og den provins, der har haft den største medlemsmæssige vækst de seneste 30 år. Kirken har allerede nogen erfaring med og kapacitet indenfor projektimplementering. Kirkens medlemmer bidrager gennem kollekter og særlige indsamlinger til kirkens drift samt til kirkens sociale og humanitære arbejde og forskellige lokale udviklingsprojekter og aktiviteter. Udover BDM samarbejder MCRT med Herrnhuter Missionshilfe (HMH), som er det tyske Brødrekirkemissionselskab, og med Zeister Zending Genotschap (ZZG), som er hollandsk.

Brødrekirken nationalt: Brødrekirken begyndte som en missionskirke i 1893, da tyske missionærer nåede til Rungwe i Sydhøjlandet. I 1897 begyndte Brødrekirkens engagement i Tabora området, idet man overtog London Mission Society's arbejde vest for Tabora. I 1964 blev de dengang 2 Brødrekirkeprovinser selvstændige kirker med tanzaniansk ledelse. I 1986 var der som nævnt i alt fire kirkeprovinser. Alle fire provinser har en provinsbestyrelse og en eller flere biskopper som ledere.

MCRT har på provinsniveau hovedkontor med otte afdelinger for: 1) Kvinder, 2) Planlægning og udvikling, 3) Ungdom, 4) Økonomi, 5) Sundhed, 6) Børn, 7) Litteratur, 8) Selvhjælp (Stewardship). Dertil kommer generalsekretærens, formandens, næstformandens og biskoppens kontorer. På centralkontoret i Sumbawanga er der ca. 15 ansatte, mens der er 40 præster og ca. 300 evangelister i sognene. Der er ca. 50 ansatte på kirkens institutioner, herunder Mlimani Bible School, der tilbyder uddannelse i afrikansk teologi. Brødrekirkeprovinsen er delt op i distrikter, der har en vis grad af selvstyre.

MCRT er i lighed med de andre tre provinser i Tanzania medlem af The Secretariat of the Provinces of the Moravian Church in Tanzania (SPMCT), som er en paraplyorganisation, der dels driver Moravian Theological College (MOTHECO), dels udgiver publikationer, og dels kan repræsentere de fire provinser, når det er nødvendigt.

BDM har haft et tæt samarbejde med MCRT som område siden 1964 og som provins siden provinsens start i 1986. Desuden et lignende tæt samarbejde med Moravian Church in Western Tanzania (MCWT), siden 1922. Repræsentanter fra BDM besøger mindst to gang årligt Rukwa Provinsen. Under disse besøg holdes der møder med provinsens ledelse og lederne af de forskellige institutioner, som BDM støtter økonomisk og/eller personalemæssigt. Under besøgene drøftes samarbejdet, og der indgås samarbejdsaftaler vedr. økonomi og udsendelse af medarbejdere og volontører for den kommende periode. Desuden holdes der årlige møder med de udsendte medarbejdere fra BDM, der er sekunderet til kirken. BDM mødes hvert år til såkaldte "Joint Boards," sammen med provinsens øvrige oversøiske partnere, og til "All Tanzania Partners Consultation," der omfatter alle fire provinsers ledelser og alle provinsernes oversøiske samarbejdspartnere.

Brødrekirken, udgør sammen med den lutherske og den anglikanske kirke de tre største protestantiske kirkesamfund i Tanzania. MCRT er det næststørste kirkesamfund i Rukwa efter den Romersk-Katolske Kirke. MCRT ser det som en del af sin mission at deltage i den lokale og nationale samfundsudvikling i samarbejde med nationale og lokale myndigheder, især inden for sundheds- og uddannelsessektorerne, hvor missionselskaberne og de lokale kirker traditionelt igennem årtier har spillet en vigtig rolle. Som en af de veletablerede repræsentanter og i mange landområder den eneste repræsentant for civilsamfundet har kirkerne betydelig indflydelse på nationalt landets udvikling. Brødrekirken er aktiv som fortaler på lokalt og nationalt niveau for god regeringsførelse, demokrati, menneskerettigheder, ligestilling af kvinder, hensynstagen til samfundets svageste grupper, ansvarlig resourceforvaltning og for fred, dialog og forsoning mellem forskellige religioner og etniske grupper i landet.

Ideen til projektet.

Kirkens arbejde i Wampembe og Kirando Divisions begyndte omkring 1988. I 1990 blev der opført en missionsstation i landsbyen Kipili, og en missionær fra Danmark blev placeret der. En af MCRT's tydelige visioner med denne placering var at skabe et udgangspunkt for medicinsk arbejde i området. En kabine-

båd blev skænket til formålet af den dengang østtyske Brødrekirke. (Denne bår er for nuværende slidt og trænger til udskiftning)

Gentagne gange opfordres MCRT's og BDM's personale på stedet til at iværksætte et sundhedsarbejde, og der blev i 1994 første gang udarbejdet et projektforslag for en mobil klinik. På grund af manglende finansiering blev projektet foreløbigt udskudt. MCRT har stadig visionen, bedre sundhedsforhold efterspørges til stadighed af befolkningen. District Commissioner og District Medical Officer og Regional Officer anbefaler planen på det varmeste, idet den mobile klinik vil være i stand til at nå længere ud, end distriktets sundhedsmyndigheder kan i den aktuelle situation.

Der er et stærkt ønske fra MCRT om at udvikle stiftets PHC-program i overensstemmelse med det regeringens nationale sundhedsplaner.

Projektets mål.

Projektets overordnede mål er i samarbejde med sundhedsmyndighederne:

- at bidrage til at forbedre den almene sundhedstilstand i projektområdet
- at opbygge kapaciteten i kirkens sundhedssystem i projektområdet, ved at arbejde i dialog med befolkningen og i samarbejde med det offentlige sundhedssystem.
- at sætte befolkningen i projektområdet i stand til i højere grad selv at forbedre og tage vare på de forskellige lokale sundhedsmæssige forhold og problemer i landsbyerne.

Projektets delmål er:

1:

- at reducere sygelighed og dødelighed p.g.a. malaria (langt sigt)
- at nedbringe mødres dødsfald og spædbørnsdødelighed i forbindelse med fødsler.
- at forbedre gravide og ammende kvinders ernæringstilstand
- at reducere alvorlig fejlernæring blandt børn under fem år.
- at sikre vaccination af alle børn mod de almindeligste børnesygdomme. (kort sigt)
- at reducere vandbårne sygdomme, herunder kolera, sygdomme forårsaget af parasitter, indvoldsorm og bilharzia..

2:

- at styrke lokalsamfundets aktive deltagelse og ansvarlighed i sundhedsrelaterede aktiviteter.
- at styrke viden om sundhed og sundhedsrelaterende emner på skoler i projektområdet.

3:

- at styrke den faglige kompetence og kapacitet i områdets sundhedsinstitutionerne samt
- at udvikle de ledelsesmæssige, administrative og samarbejds-mæssige kompetencer hos de ansatte i PHC-programmet (Mobile Clinic).
- at opdatere Traditional Birth Attendants, Village Health Workers, Village Health Committees samt indlede et samarbejde med Traditional Healers vedr. sundhedsfaglige emner.

4:

- at opnå øget økonomiske støtte fra sundhedsmyndighederne til kirkens sundhedsarbejde.

Ved projektets afslutning forventes følgende konkrete resultater at være opnået:

- 40 Village Health Workers har været på genopfriskningskurser og modtaget in-job-training.
- 30 Traditional Birth Attendants har været på genopfriskningskurser og modtaget in-job-training..
- 66 medlemmer af Village Health Committees har modtaget træning.
- 30 Traditional Healers er blevet identificerede, og projektet har indledt et samarbejde med disse.
- 20 lokale grupper er blevet trænet i forebyggelse af malaria (i alt 1.100 personer).
- 20 er blevet trænet i dyrkning af ernæringsvigtige grøntsager og afgrøder.
- 66 lokale ledere er blevet trænet i anvendelsen af ITB-net.
- 1500 ITB-net er blevet indkøbt og fordelt til fattige familier.
- 120 sundhedsoplysningsmøder er blevet afholdt i 33 landsbyer.
- 20 lærere har modtaget sundhedsundervisning.
- 4.000 elever på 25 skoler har modtaget sundhedsundervisning.
- PHC-koordinatoren har opnået en Masters Degree i Public Health.
- 1 Nursing Officer er blevet videreuddannet til PHC-sundhedsunderviser.
- 1 Nurse Midwife er blevet videreuddannet til Nursing Officer.
- 2 Nurse Midwives har deltaget i genopfriskningskurser.
- 2 Clinical Officers har deltaget i genopfriskningskurser.
- 4 laboranter er blevet trænet i diagnosticering af malaria.

- 5 apoteksassistenter er blevet trænet i malaria-management.
- 3 ledere af sundhedsinstitutioner har fået et kursus i ledelse og management.
- 20 sygeplejeelever har været i praktik.
- 2 Maternal and Child Health Units ved eksisterende sundhedsklinikker er blevet udvidet.
- 50 lokale håndværkere er blevet trænet i fremstilling af latrine-slabs.
- 800 VIP latriner er blevet bygget og taget i brug.
- 20 drikkevandskilder er blevet beskyttet mod forurening.
- 33 sundhedsbygninger er byggede eller renoverede

Målgruppe for projektet.



Projektets primære målgruppe er befolkningen i Wampembe og Kirando Divisioner, i alt 78.347 mennesker fordelt på 33 landsbyer

Børn under 5 år:

- Mother-Child-Health (MCH) service til alle landsbyer
- Expanded Programme for Immunization (EPI)
- Helse-undervisning af VHW's medfører bedre ernæring

Børn under 10 år:

- indsats mod diarre-sygdomme

Gravide og ammende kvinder:

- Mother-Child-Health (MCH) service til alle landsbyer
- Helse-undervisning af VHW's medfører bedre ernæring
- Intensiveret TBA træning sikrer mere kvalificeret hjælp ved fødsler

Hele befolkningen:

- Helsearbejdet vil generelt forbedre både den forebyggende og den helbredende indsats.
- Projektet vil formindske tilfælde af indvoldsorm, bilharzia, kolera og malaria.
- Bedre fordeling af medicin via Essential Drugs Programme (EDP), gennem bedre management og monitorering.

Målgruppen omfatter også:

- Medlemmer af Village Health Committees (200)
- Medlemmer af Ward Executive Committees (120)
- Village Health Workers (80)
- Traditional Birth Attendants (60)
- Traditional Healers (50)
- Lærere på 30 skoler (60)
- Skoleelever (4.000)
- Personalet på sundhedsinstitutionerne samt Mobile Clinic's personale (35)

Flertallet af de ansatte og patienter, der opsøger sundhedsklinikkerne er kvinder, der også har ansvar for børnenes sundhed. Projektet vil således især imødekomme kvinders umiddelbare og langsigtede sundheds- og familiemæssige behov. Det forventes ligeledes, at kvinder præ- og post natalt i udstrakt grad vil benytte VHW's og TBA's når de bliver bedre instruerede.

Træningen af Village Health Workers, hvoraf halvdelen er kvinder og traditionelle fødselshjælpere, der alle er kvinder, vil ligeledes i særlig grad tilgodese kvinders behov.

Kapacitetsopbygningen af personalet vil tilgodese mænd og kvinder på lige fod. I de trænings- og oplysningsaktiviteter, der planlægges gennemført i landsbyerne, vil der blive sikret en ligelig repræsentation af mænd og kvinder.

Indikatorer på, hvordan projektet hjælper.

Kvantitative indikatorer:

- Dødsfald i forbindelse med fødsler er faldet fra nuværende 365/100.000 til 290/100.000 ved udgangen af 2009.
- Spædbørnsdødeligheden er reduceret fra 101/1.000 til 90/1.000 ved udgangen af 2009.
- Dødeligheden blandt børn under fem år er reduceret fra 172/1.000 til 140/1.000 (tal fra hele distriktet) ved udgangen af 2009.
- Antallet af alvorligt fejlnærede børn under fem er faldet fra nuværende 4,7% til 2% i 2009.
- Antallet af moderat fejlnærede børn under fem er faldet fra nuværende 37% til 14% i 2009.
- Vaccinationsprogrammets dækningsgrad for børn er steget fra nuværende 80% til 95% ved udgangen af 2009.
- Antal sygdomstilfælde som følge af bilharzia og parasitter er faldet fra henholdsvis 5.329 og 787 til 3.500 og 300 ved udgangen af 2009.
- Antal sygdomstilfælde som følge af dysenteri, kolera og typhoid er faldet fra 575/43/183 til 200/15/100 ved udgangen af 2009.

- Antal familier, der anvender moderne familieplanlægning er steget fra nuværende 12% til 20 % ved udgangen af 2009.
- Antal drikkevandskilder, der er blevet beskyttet
- Antal mennesker, der bruger latriner.
- Antal afholdte mobiliseringsmøder i landsbyerne.
- Antal deltagere i de planlagte workshops og kurser.
- Antal lærere, der er blevet trænet i at videreformidle sundhedsoplysning.
- Antal elever, der har modtaget sundhedsundervisning.
- Antal skolebesøg af medlemmer af sundhedsteamet.
- Antal afholdte kurser og videreuddannelser for sundhedspersonalet samt antal deltagere heri.
- Antal afholdte koordineringsmøder med lederne af sundhedsinstitutionerne og de lokale myndigheder
- Antal gennemførte supervisionsbesøg på sundhedsinstitutionerne foretaget af PHC-koordinatoren
- Antal gennemførte kurser for Traditional Birth Attendants og antal deltagere heri.
- Antal registrerede Traditional Healers.
- Undersøgelse af udbredelsen og anvendelsen af traditionelle urter er gennemført.
- Antal af nyopførte sundhedsposter i landsbyerne.
- Antal lobbymøder med sundhedsteamet og de lokale sundhedsmyndigheder.
- Antal nye aftaler, der er indgået med de lokale sundhedsmyndigheder om samarbejde og integration af kirkens sundhedsarbejde i det lokale sundhedsarbejde.
- Regeringens tilskud til MCRP's sundhedsarbejde i området er blevet væsentligt forøget.

De kvantitative indikatorer vil fremgå af rapporteringen fra det primære sundhedsteam.

Kvalitative indikatorer:

- at et effektivt fungerende primært sundhedsteam er blevet etableret.
- at eleverne i skolerne har et basiskendskab til almindelig hygiejne og sundhed.
- at befolkningen er involveret og deltager aktivt i sundhedsforebyggelse i lokalsamfundene.
- at der er et positivt samarbejde med sundhedsmyndighederne på regions- og distriktsniveau.
- at befolkningen er tilfreds med sundhedsinstitutionernes ydelser.

De kvalitative indikatorer vil fremgå af interviews og spørgeskemaundersøgelser i forbindelse med det planlagte midtvejs-review.

Strategi for gennemførelse af projektet.

Den overordnede strategi for projektet bygger på følgende hovedelementer, nemlig:

- A) at fokusere specielt på kvinder og børn og deres særlige sundhedsproblemer som den vigtigste indfaldsvinkel til at forbedre hele familiens sundhedsforhold.
- B) at inddrage lokalbefolkningen, herunder Village Health Workers, Village Health Committees, Traditional Birth Attendants og Traditional Healers, og bevidstgøre dem om forhold af betydning for lokalsamfundets sundhed.
- C) at bygge videre på det eksisterende sundhedssystem i Kirando og Wampembe Divisions og på de igangværende reformer i sundhedssektoren i Tanzania med henblik på mere effektivt at forbedre og udnytte allerede eksisterende strukturer og faciliteter.
- D) at bevidstgøre lokalbefolkningen om forhold af betydning for dens sundhed og om befolkningens, ikke mindst kvindernes, ret til sundhedsmæssige ydelser samt at udføre lobbyarbejde på distrikts- og regionsniveau med det formål at højne sundhedsydelserne til befolkningen langs Tanganyakia-søens østbred.

Følgende konkrete elementer indgår i strategien for projektets implementering:

1. Kapacitetsopbygning

Der er planlagt en række trænings- og uddannelsesaktiviteter for følgende kategorier af primære og traditionelle sundhedsarbejdere:

Village Health Workers, medlemmer af Village Health Committees, Sundhedspersonalet ved sundhedsinstitutioner i projektområdet, Traditional Birth Attendants, Traditional Healers.

2) Mobilisering af lokalsamfundet

Der vil blive tilrettelagt særlige oplysningskampagner og møder for landsbyledere, skoleledere, kvinder og unge om hygiejne og sanitære forhold, graviditet, reproduktiv sundhed, vigtigheden af god ernæring og sygdomsforebyggende foranstaltninger. Der vil desuden blive givet oplysning om, hvordan malaria, fejlernæring samt vandbårne sygdomme kan forebygges samt om familieplanlægning, HIV/AIDS og andre seksuelt overførte sygdomme.

Hushold uden eller med traditionelle latriner vil blive tilskyndet til at bygge og benytte VIP-latriner. De vil blive trænet og få udleveret de nødvendige materialer, så de selv kan bygge VIP-latriner.

Eksisterende vandkilder vil blive beskyttet mod forurening. Dette arbejde vil blive gennemført i samarbejde med lokalbefolkningen og de lokale vandmyndigheder.

Lokale landsbyboere vil blive trænet i dyrkning af grøntsager og andre afgrøder, der kan bidrage til at forbedre ernæringsituationen i lokalområdet. Efter kurset vil deltagerne træne andre hjemme i landsbyerne i, hvordan de kan få mest muligt ud af landbruget til gavn for sundheden.

Village Health Workers vælges og betales (ofte i naturalier) af lokalsamfundene. I hver landsby vælges en kvindelig og en mandlig Health Worker, som udgør en del af det offentlige sundhedssystem, der i princippet er ansvarlig for deres træning. Men tit er der ikke ressourcer nok hertil, og Village Health Workers mangler ofte de nødvendige forudsætninger. Village Health Workers har til opgave at mobilisere lokalsamfundene i forbindelse med forebyggende sundhedsarbejde (f.eks. beskyttelse af vandkilder og forbedring af sanitære og miljømæssige forhold), give sundhedsoplysning (f.eks. om ernæring), indsamle data om sundhedssituationen i landsbyerne, herunder registrere fødsler og dødsfald, motivere kvinderne til at gå til fødselskontrol, børneundersøgelser og få børnene vaccineret, rådgive om familieplanlægning, yde førstehjælp og henvise alvorligere tilfælde til sundhedsklinikkerne.

Village Health Committees er ansvarlige for planlægningen og gennemførelsen af sundhedsmæssige aktiviteter i lokalsamfundene. Village Health Workers er fødte medlemmer af Village Health Committees, der normalt består af seks medlemmer (tre mandlige og tre kvindelige), herunder landsbyformanden, samt repræsentanter fra f.eks. traditionelle jordemødre, evt. traditionelle behandlere, målgruppen og evt. en repræsentant fra den lokale kirke.

Også de lokale vand- og sanitetsmyndigheder vil blive involveret i gennemførelsen af relevante projektaktiviteter, ligesom målgrupperne vil blive inddraget mest muligt i aktiviteterne med henblik på at sætte en selvforstærkende proces i gang, der gør lokalsamfundene i stand til selv i højere grad at varetage og løse lokale sundhedsproblemer

3) Koordinering og fortalervirksomhed

Der vil blive afholdt møder med de regionale sundhedsmyndigheder og sundhedsmyndighederne på distriktsniveau for at dele informationer, udveksle rapporter og erfaringer. Gennem disse møder vil der blive lobbyet for, at det mobile sundhedsprogram bør have en repræsentant i District Health Management Teams og modtage en øget andel af de såkaldte "basket funds", som distrikterne råder over.

Da både regionen og projektet er forholdsvis ny, vil en sundhedsfaglig udviklingsarbejder udsendt af BDM i de første tre år hjælpe projektet i gang og støtte projektet både fagligt og organisatorisk.

Projektets aktiviteter

Følgende aktiviteter planlægges gennemført i løbet af projektperioden:

1. Mobilt sundhedsteam

Et mobilt sundhedsteam vil besøge de 34 landsbyer langs Tangyanika-søens østbred minimum én gang i kvartalet. Teamet vil have base i Kipili og vil herfra besøge landsbyerne fem dage om ugen, hvorefter de vil vende tilbage til basen. Med fokus på forebyggende sundhed vil teamet have følgende opgaver:

- Tilse og vejlede Village Health Workers' arbejde.
- Tilse og vejlede Traditional Birth Attendants i deres arbejde.
- Lytte til og udveksle erfaringer med Traditional Healers.
- Besøg til og supervision af skolernes sundhedsprogram.
- Tilbyde sundhedsundervisning af kvinder i relation til graviditet, fødsel, spædbørnspleje, børneernæring og hygiejne.
- Afholde klinik, som er den behandlende del af aktiviteterne, og som er fokuseret på især de landsbyer, der ikke har en sundhedsklinik. I landsbyer med en sundhedspost vil sundhedsteamet i de behandlende aktiviteter arbejde sammen med det lokale personale.
- Gennemføre mor-barn aktiviteter, inklusiv familieplanlægning, samt gennemførelse af børnevaccinationer.

2. Kapacitetsopbygning af de primære og traditionelle sundhedsmedarbejdere

Formålet med træningen er at forbedre de lokale sundhedsarbejders service samt at styrke samarbejdet mellem disse og distriktets sundhedsarbejdere. Træningsaktiviteterne vil blive udført for følgende grupper:

- a. Village Health Workers seminar. 34 VHW's vil komme på et to ugers kursus en gang om året i Kipili. Kurset vil blandt andet indeholde emner som førstehjælp, ernæring, hygiejne, børns sundhed, HIV/AIDS samt endemiske sygdomme. VHW's vil blive trænet i hvordan og hvornår, der skal henvises til sundhedsinstitutioner eller hospital. VHW's, som ikke er blevet trænet før, vil blive tilbudt et to ugers begynderkursus, der vil blive gentaget efter to år.
- b. Traditional Births Attendant seminar. 68 TBA's, to fra hver landsby, vil blive tilbudt træning en uge hvert år og modtage et TBA-kit indeholdende basisrekvisitter til fødselshjælp. TBA's vil blandt andet blive undervist i hygiejne, graviditetsperioden, fødselsprocessen, barselsperioden, fødselskomplikationer, omsorg for nyfødte samt faresignaler, der fortæller, hvornår der skal henvises til sundhedsinstitution eller hospital.
- c. Traditional Healers. 34 TH's vil blive tilbudt at komme på seminar en uge om året for at dele erfaringer, udforske brugen af urter og deres begrænsning og for at mindske risikoen for fejlbehandling. Der vil blive undervisning i personlig hygiejne, HIV/AIDS samt henvisningsårsager til sundhedsinstitutioner.
- d. Træning af personalet på sundhedsklinikkerne. 25 sundhedsmedarbejdere vil i en uge om året få et genopfriskningskursus i håndtering af malaria, vandbårne sygdomme, HIV/AIDS samt henvisningsprocedurer.
- e. Opbygning af 25 sundhedsposter i de landsbyer, som ingen sundhedsinstitution har. Disse vil blive benyttet af VHW's samt det mobile sundhedsteam, når de er på besøg. Landsbyerne vil selv stå for fremstillingen af mursten samt opførelsen af bygningen. Projektet vil bidrage med cement, tagplader, døre og vinduer.

3. Mobilisering og fortalervirksomhed for sundhed

Aktiviteterne vil søge at inddrage befolkningen mest muligt med henblik på at sætte en selvforstærkende proces i gang, der gør lokalsamfundene i stand til selv i højere grad at varetage og løse lokale sundhedsproblemer. De planlagte aktiviteter omfatter:

- a. Etablering af 20 Village Health Committees samt styrke de allerede 14 eksisterende. VHC's vil blive bevidstgjorte om deres ansvar og trænet i, hvordan lokalsamfundet kan involveres og være aktivt deltagende. To medlemmer fra hver VHC vil deltage i en uges kurser. VHC's er ansvarlige for at overse sundheden og sundhedsrelaterede aktiviteter i landsbyen samt at planlægge, implementere samt evaluere disse aktiviteter. VHW's er medlemmer af VHC's, og det forventes, at de har et nært samarbejde.
- b. Sundhedsteamet vil udvikle manualer for sundhedsundervisningen i landsbyerne. VHW's, VHC's, sundhedspersonalet og landsbylederen vil modtage en kopi af manualen.
- c. 80 kvinder pr. år pr. landsby vil deltage i et endags-kursus om familieplanlægning, HIV/AIDS, endemiske sygdomme og kvinders rettigheder.
- d. Skolelærernes sundhedsfaglige kapacitet vil blive opbygget ved at gøre dem i stand til at forstå sygdomsproblemer og give denne viden videre i undervisningen. 54 lærere vil deltage i uge-kurser i sundhedsundervisning for børn om bl.a. ernæring, førstehjælp, HIV/AIDS og miljøhygiejne.
- e. Sundhedsteamet vil udvikle og producere manualer for Primary Schools, som kan blive brugt af lærerne. Teamet vil udføre regelmæssige skolebesøg for at følge op på sundhedsundervisningen.
- f. HIV/AIDS-kurser for præster, evangelister, landsbyledere, sundhedspersonale og lærere fra Secondary School. For at udruste deltagerne med viden om HIV/AIDS og spørgsmål angående forebyggelse, stigmatisering, kulturelle traditioner og seksuel adfærd vil der blive afholdt to femdages-workshops om året med hver 30 deltagere.
- g. Der vil blive afholdt lobby- og fortalermøder med de regionale og distriktets autoriteter med det formål at dele informationer, rapporter og erfaringer samt at koordinere aktiviteterne. Desuden vil der blive arbejdet på at opnå at en større andel af de såkaldte "basket fund" samt udstyr bliver stillet til rådighed for kirkens sundhedsarbejde.

4. Afhjælpe grundlæggende årsager til sundhedsproblemerne

Disse aktiviteter skal ses i sammenhæng med de tidligere nævnte aktiviteter med henblik på at undervise og bevidstgøre befolkningen i at tage fat på årsagerne til de lokale sundhedsproblemer, f.eks. fejlnæring, vandbårne sygdomme samt dårlig sanitet og hygiejne. Følgende planlægges:

- a. For at højne ernæringstilstanden især blandt børn vil projektet opmuntre til en mere varieret fødevarereproduktion. Landbrugsafdelingen vil afholde et seminar, hvor 68 mennesker fra forskellige landsbyer vil blive trænet i at producere nærende grøntsager og andre afgrøder, hvorefter den enkelte vil undervise befolkningen i sin egen landsby.
- b. I fem af landsbyerne vil der blive anlagt demonstrationskøkkenhaver. Landsbyledelsen vil i samarbejde med sundhedsteamet udvælge et hushold. Deltagerne vil blive støttet i at drive en demon-

strations-køkkenhaven som en del af hans/hendes eget hushold og får tilladelse til at sælge overskydende grøntsager til andre.

- c. Frø fra grøntsager som spinat, tomater, løg og gulerødder vil blive solgt til dem, som viser interesse i at ændre gamle madtraditioner, der er årsag til fejlernæring.
- d. Beskyttelse af rent drikkevand er et problem i projekt området. 30 vandkilder vil blive beskyttet mod forurening. Projektet vil bidrage med byggematerialer, mens det lokale samfund selv vil bidrage med lokale materialer samt arbejde. Otte landsbyer, der kun har adgang til søvand vil blive forsynet med vandboring eller brønde. Ansvarliggørelsen af lokalbefolkningen og eksistensen af en vand-komite vil bidrage til at sikre bæredygtigheden af vandbeskyttelses-projekterne.
- e. Hushold uden eller med traditionelle latriner vil blive tilskyndet til at bygge og benytte VIP-latriner. 25 personer vil blive trænet i at fremstille latrinslabs. Modtagerne vil betale for arbejdet med at lave slabs, mens projektet vil bidrage med materialerne. 72 demonstrationslatriner vil blive bygget på skoler og sundhedsklinikker. I alt forventes der bygget 1.200 latriner.

Bæredygtighed.

Der vil i projektperioden være behov for en øget ekstraordinær støtte til både nye kapitalinvesteringer i udstyr og forbedring af de fysiske faciliteter, støtte til styrkelse af lokalbefolkningens deltagelse i og ansvar for sundhedsarbejdet i landsbyerne og støtte til en kapacitetsopbygning af lokale sundhedsarbejdere, især igennem træning og videreuddannelse af det ansatte sundhedspersonale.

Det forventes, at størstedelen af driftsudgifterne, især lønninger, også fremover vil kunne betales af regeringen, MCRP's sundhedsbudget og af patienternes brugerbetaling. Det må imødeses, at dele af MCRP's sundhedsbudget i en periode ud over projektets løbetid vil skulle støttes udefra, bl.a. gennem MCRP's partnere. Imidlertid skulle lokalbefolkningens engagement, øgede viden og nedsatte dødeligheds- og sygdomsfrekvens, der forventes som et resultat af projektet, kunne begrænse de løbende udgifter.

Udfordringen bliver imidlertid ikke mindre af, at store dele af befolkningen som følge af forringede økonomiske levevilkår, især p. g. a. det svigtende fiskeri og et influx af flygtninge/immigranter fra D.R. Congo, har fået stadigt sværere ved at betale for de sundhedsydelser, den har behov for. Dette stiller krav om både en effektivisering af sundhedsarbejdet, der kan mindske driftsudgifterne, og samtidig en højnelse af kvaliteten af sundhedsydelserne, som forhåbentlig vil medføre, at flere opsøger sundhedsinstitutionerne i stedet for traditionelle behandlere og private, kommercielle sundhedsudbydere.

Det ansøgte projekt er derfor planlagt for en femårig periode med hovedvægten på kapacitets- opbygning af de enkelte sundhedsarbejdere, bevidstgørelse af lokalbefolkningens og ansvarliggørelse af lokal-samfundene vedrørende varetagelsen af egne sundhedsmæssige problemer samt en øget koordination med og integration i det offentlige sundhedsvæsen med henblik på en voksende offentlig støtte til kirkens sundhedsarbejde.

Projektet støtter ikke direkte de allerede igangværende primære sundhedsydelser, som derfor forventes at fortsætte uændret efter udløbet af projektperioden. Det forventes, at regeringen vil fortsætte med at sekundere personale til sundhedsteamet, men det er nok tvivlsomt, om alle andre udgifter i forbindelse med sundhedsteamet vil kunne dækkes af de forventede voksende indtægter og offentlige tilskud ved projektets afslutning. BDM og andre partnere forventes imidlertid fortsat at støtte sundhedsarbejdet i stiftet.