

Gesundheitsversorgung in Namibia

(Menschlich und tierärztlich)

Kompiliert:
D. Honsbein
Juni 1999

Inhaltsverzeichnis,

1.0 Einleitung und Hintergrund	1-5
1.1 Hintergrund	1
1.2 historischer Hintergrund	1-2
1.3 Zugang zum Gesundheitswesen	2
1.4 Umstrukturierung des MOHSS	2-3
1.5 MOHSS Überwachung	3-4
1.6 Prinzipien, nach dem PHC Ansatz	4-5
<u>2.0 nationale Wichtige und gemeinschaftliche Gesundmerkmale (PHC/CBHC)</u>	<u>5-40</u>
2.1 aktuelle Situation und meist verbreiteter Krankheiten / Probleme	5-17
A) die Probleme von Migration und Bevölkerung	5-6
B) Malaria	6-9
C) AIDS	9-12
D) Situation der Familienplanung in Namibia	12-17
2.2 das nationale Tätigkeitsprogramm	17-18
2.3 Erleichterung und Implementierung von PHC/CBHC	18-19
2.3.1 Rolle des MOHSSs und ihre Struktur	19-25
2.3.2 Branchenübergreifender Austausch	25
2.3.3 Faktoren, die Branchen übergreifende Zusammenarbeit verhindern	25-27
2.3.4 Bewusstsein, Sensibilisierung und Bevollmächtigung	27-29
2.3.5 die Rolle der Krankenhäuser und anderen Gesundheitsfunktionen PHC	30-32
Tabelle 1: Registrierte Krankenhäuser	32-36
2.3.6 Arzneimittellieferung –und Verteilung	36
Tabelle 2: Registrierte "Arzneimittellieferanten" in Namibia	36-37

2.3.7 die Rolle von praktischen Ärzten	37
Tabelle 3: Gemeldete praktische Ärzte an	37-40
2.3.8 die Rolle Notgesundheitsversorgung	40
<u>3.0 Pläne und Programme der staatliche und privaten Sektoren</u>	<u>40-41 ab</u>
3.1 Dezentralisierung und Bezirk	40-41
<u>4.0 Veterinärgesundheitsversorgung</u>	<u>41-47</u>
4.1 historische Perspektive auf den offiziellen Veterinäraufschlägen	41
4.2 der Veterinärberuf in Namibia	41-43
4.3 Krankenkontrolle	43-46
4.4 Staatlicher Veterinärbezirk	46-47 an
4.5 Andere	47
<u>5.0 Finanzierung von PHC/CBHC und Gesundheitseinrichtungen</u>	<u>48-</u>
5.1 Eigenkapital, Ressourcenverteilung und Zugriff	48
Tabelle 4: Pläne, die für Abwicklungsausgaben verfügbar	48-50
Tabelle 5: Pläne im Hinblick auf Organspende	50-51
5.2 die Rolle des UNAM	s 51-52
5.3 die Rolle von NGOs	52
5.4 die Rolle von Organspenden	52

Anlagen:

Graphik: 1999/2000 Haushaltsplanzuordnung
 Unternehmensprofile für pharmazeutisches Kapitel
 Kontaktanschriften
 Referenzen

Urheberrechtlich schützen (1999)
 Botschaft von Namibia
 Alle gesparten Rechte

Gesundheitsversorgung in Namibia (Menschlich und Veterinär)

1.0 Einleitung und Hintergrund

1.1 Hintergrund

Namibia ist ein gewaltiges Land, das ca. 824.000 km² deckt, und begrenzt Angola im Norden, Simbabwe und Sambia im nördlichen Osten Botsuana im Osten und Südafrika im Süden. Es hat eine geschätzte Populationsrate von 1,6 Millionen und einer Mengenwachstumsrate von ca. 3% p. a. Diese Menge wird dürrtig verteilt und 30%ig verstädert. Die Hauptstütze der Wirtschaft sind seine Bodenschätze und die Landwirtschaft, verbunden damit, dass der Tourismus an Wichtigkeit gewinnt. Das Land hat ein Pro-Kopf- GDP von US-\$ 1.600, das eins der Höchsten in Afrika ist. Jedoch existieren regionale und soziale Klassenungleichheiten.

Ein wichtiger gesundheitlicher Faktor ist die Säuglingssterblichkeit welche in diesem Land sehr hoch ist und auf 103 Totgeburten auf 1000 Lebendgeburten geschätzt wird und zeigt, dass hier noch viel zu tun bleibt.

Dieses Dokument hebt die vorgeschlagenen Politik-Richtlinien für PHC Entwicklung und Implementierung in Namibia, sowie Aspekte im Gesundheitservice, private Gesundheitspflege und Veterinärgesundheitspflege hervor.

1.2 historischer Hintergrund

Während der Vorunabhängigkeit Ära wurden Grunddienste einschließlich Gesundheit entlang rassischen Linien zersplittert, resultierend am Mangel der Entwicklung der nationalen Programme, um die Notlage der verwundbaren Gruppen, besonders der Frauen und der Kinder anzusprechen. Namibias Verwaltungsaufstellung war auf der Grundlage von der repräsentativen Proklamation von 1980 (Proklamation AG8 von 1980), das ein Schlepptaurangsystem erstellte, das zur Zerstückelung von Verwaltung und Grundlagen führte.

Dieses führte dazu, dass sich elf unterschiedliche Verwaltungen mit gleichen Entwicklungsprogrammen ergaben. Diese aufgestellten Verwaltungen hatten eine negative Auswirkung auf die Gesundheitspflegestruktur, während sie parallele Systeme wie folgt verursachte:

- * nationale Gesundheit und Wohl unter der für Gesundheitssysteme in all den Regionen verantwortlichen zentralen Verwaltung nehmen Ovambo, Kavango, Caprivi und Damaraland aus
- * Verwaltung für Weiße
- * regionale Verwaltung für Caprivi, Ovambo und Kavango im nördlichen Teil des Landes

Die Gesundheitssorgeleistungen wurden von den Kirchen, besonders dem Lutheraner und katholischen Flugaufträgen unterstützt, die für bis zu 40% des Gesundheitsdienst in bestimmten Regionen, besonders in Nordnamibia verantwortlich waren. Wie erwartet, erstellten diese Verwaltungsanordnungen eine komplexe Situation und es bildete sich ein Gesundheitssystem, das sich im Wesentlichen auf heilende Dienste konzentrierte und die Vorbeugung von Krankheiten weniger beachtet wurde. Jedoch wurde in den jüngeren Jahren von den Kirchen der Versuch unternommen, ein Gemeinschaftsprogramm zu organisieren.

Namibia wie viele Länder in Afrika sieht sich mit zahlreichen Gesundheitsproblemen konfrontiert, von denen viele leicht vermeidbar sind. Die allgemeinsten Todesursachen bei Kindern in Namibia sind zum Beispiel Malaria, Diarrhöe, akute Ateminfektionen (ARI) und Masern. Unterernährung ist ein wesentlicher Faktor der zum Tod beiträgt.

Andere gemeinsame Probleme beinhalten: Tuberkulose, sexuell übertragene Krankheiten, HIV Infektionen / daraus resultierende Probleme bei Schwangerschaft. Soziale Probleme wie Alkoholismus und Schwangerschaften bei Minderjährigen, stellen eine Bedrohung für die Gemeinschaften dar. Viele Haushalte werden von Frauen geleitet und das führt folglich zu einer zusätzlichen Last. Nach einer von der UNICEF in der nördlichen Westregion und dem Katutura geleiteten Studie werden 41% der Haushalte von Frauen geleitet. Das Gutachten beinhaltet auch, eine hohe bis gemäßigte Unterernährungsrate von 30% und eine schwerwiegende Unterernährungsrate von 6,8%.

Diese Statistik gibt uns einen groben Hinweis auf einige Gesundheitsschwierigkeiten, die im Land existieren. Es ist offensichtlich, dass Lücken im Gesundheitsinformations-System existieren, und viele Probleme unterschätzt werden.

1.3 Zugriff zum Gesundheitswesen

Der Zugriff auf Gesundheitsservice in diesem Land ist aufgrund einer Anzahl von Faktoren gering gewesen, die Folgendes einschließen:

- * Entfernung zu den Einrichtungen
- * Mangel an öffentlichen Verkehrsmitteln
- * geringe Schulung
- * Mangel an grundlegenden und auf gemeinschaftlich basierten Gesundheitsprogrammen
- * dürrtig verteilte Bevölkerung
- * Armut von einigen Gruppen der Bevölkerung

Beweise für den Mangel am Zugriff sind die niedrigen Impfungen, die in der nationalen Umfrage über Impfbeteiligung „**National Immunisation Coverage Survey**“ veranschaulicht dargestellt werden und im Dezember 1990 durchgeführt wurden und sich innerhalb eines Jahres folgendes gezeigt hat: BCG 85%, DPT3 53%, Polio3 53%, Masern 41%ig und vollständig geimpfte Personen von 26%. Es sollte jedoch hervorgehoben werden, dass diese Darstellungen eine große Verbesserung gegenüber den Schätzungen vor der Unabhängigkeit waren. Das Regierungsgebäude führte eine größere Impf-Kampagne sowohl im Jahr 1990 als auch in nachfolgenden Jahren danach ein und dass hat die Impf-Aktivitäten seitdem landesweit gesteigert.

1.4 Umstrukturierung des Regierungsgebäudes von Gesundheit und sozialen Aufschlägen (MOHSS)

Das MOHSS hat jetzt den Hauptgesundheitsversorgungsansatz übernommen, in der Leistungserbringung des Gesundheitswesens und seit der Unabhängigkeit von Namibia sind Hauptumstrukturierungsaktivitäten unternommen worden.

Das Direktorat von PHC ist mit einer Organisationsstruktur einschließlich EPI, CDD, AIDS, Malaria, TB, Mutter- und Kind-Gesundheit für Familie & Planung und Ernährung gebildet worden.

Der Aufsichtsrat fährt fort, seine Kapazität für das Training des PHC weiter zu entwickeln und will die Selbständigkeit, in der Beibringung der Gesundheitsmaterialien erreichen und kontinuierlich aktualisieren und einen effizienten Epidemie -und Gesundheitservice entwickeln. Starke regionale Gesundheitsbüros und feste formale Strukturen für Bezirksgesundheitsverwaltung versichern eine stabile Gesundheitsleistungserbringung und Unterstützung für PHC/CBHC.

Manche der Entwicklungen, die jetzt eingeleitet wurden, schließen ein nationales Malariakontrollprogramm, eine TB Verhütung und Kontrollprogramm, AIDS-Verhütung und Kontrolle, ein sicheres Mutterschaftsprogramm und eine gemeinschaftlich basiertes Gesundheitsprogramm ein. Diese verschieben das Gewicht in Richtung zu den vorbeugenden und promotive Tätigkeiten innerhalb der Gemeinschaften als das vorhergehende Hauptgewicht auf Institutionen basierten Tätigkeiten in den Kliniken und den Krankenhäusern.

Zusammen mit dem Umstrukturieren gibt es eine Hauptbemühung, Mitarbeiter neu zu orientieren und ihnen zu ermöglichen, ihre Verantwortlichkeiten zur Gemeinschaft und nicht den Patienten als Ganzes zu betrachten. Neue Einstellungen zur Gesundheitsförderung, zur Krankheitsverhütung und dem Arbeiten mit Gemeinschaften werden ein überwiegendes Merkmal des neuen Ansatzes sein.

1.5 MOHSS Politik

Die Regierung von Namibia erkennt, dass Gesundheit ein grundlegendes menschliches Recht ist und an der Ausführung des Ziels der Gesundheit für alle Namibier bis zum Jahr 2000 festgelegt wird.

Dr. Nickey Iyambo, der derzeitige Minister der Gesundheit und der Sozialeinrichtungen, gab die erste bedeutende politische Aussage im März 1990, der die zugrunde liegenden Politikwahlen und -grundregeln erklären sollte und das zukünftige Umstrukturieren und die Entwicklung der Gesundheitspflege und die Sozialeinrichtungen in der Republik von Namibia. Die Politik-Aussagen im Teil, wie folgt:

Die Ziele: Gesundheitsgesetze, Umstrukturierung und Taktiken

Das MOHSS soll entsprechende Vorlagen formulieren und neue Gesetze einleiten, damit die Regelung und Verwaltung von Gesundheit und sozialen Aufschlägen die Umstrukturierung der Gesundheit und der sozialen Einrichtungen zu erleichtern, um die Bedürfnisse von jeder Person in Namibia in allen Bezirken zu decken.

Gesundheit und soziale Dienste sind dynamischer Natur und entwickeln sich mit technologischen Einrichtungen um den Bedarf von verschiedenen Gemeinschaften zu decken. Politische Richtlinien des MOHSSs sollen dementsprechend dynamisch und auf eine

biegsame Art zukünftig mit dem Bedarf von Namibia Gemeinschaften im Sinn und in Beratung mit diesen Gemeinschaften und Gesundheitsarbeitern formuliert werden.

Die Strategie: Abwicklung und das Verstärken

Das Ministerium soll fristgemäß Prioritäten bestimmen, Strategien und detaillierte Pläne von Aktion für die Entwicklung sowie das Verstärken und den reibungslosen Ablauf der Gesundheit und der sozialen Programmen formulieren, die darauf ausgerichtet, sind die Ziele und die Zielsetzung des Ministerium zu erreichen.

Der Ansatz: Wichtigste Gesundheits Sorge

Wichtigste Gesundheits sorgeservice soll der Schwerpunkt von Gemeinschaften in Namibia sein und Gesundheits sorgeservices sollen wenigstens beinhalten:

- * Förderung passender Ernährung und eine adäquate Versorgung des sicheren Wassers
- * Mutter -und Kindersorge einschließlich Familien
- * Impfungen gegen die größeren Infektionskrankheiten
- * grundlegende Unterkunft und grundlegende Hygiene
- * Verhütung und Steuerung von am Ort einheimischen Krankheiten
- * Schulung und Training, die vorherrschende Gesundheitsprobleme in Gemeinschaften und den Methoden dafür betreffen, sie zu verhindern und zu kontrollieren
- * aneignen von Behandlungsmethoden für gemeinsame Krankheiten und Verletzungen
- * Gemeinschaftsbeteiligung bei Gesundheit und sozialen Angelegenheiten

Die vorhandenen starken Sekundär- und tertiären heilenden Dienste in Namibia werden beibehalten und angemessen verstärkt und entwickelt, um ein vollständiges integrales nationales System der Gesundheitsdienstleistungen zu versorgen und zu stützen.

1.6 Prinzipien, die dem PHC Ansatz zugrunde liegen

Die Grundregeln, auf denen Gesundheitspflege und Sozialeinrichtungen in Namibia entwickelt werden, sind:

Eigenkapital

Entsprechend der Verfassung der Republik von Namibia sollen alle Namibier gleichen Zugriff auf Grundgesundheitsversorgung und soziale Dienste vom MOHSS haben. Besonderer Beachtung gilt der Seuchenkunde der Gesundheit und soziale Einrichtungen verknüpft mit Ungleichmäßigkeiten in Namibia und diesen Mangel zu identifizieren und auszugleichen.

Zugänglichkeit

Dienstleistungen werden nach und nach ausgedehnt, um alle Gemeinschaften in Namibia zu erreichen. Besondere Aufmerksamkeit soll den benachteiligten Regionen in unserem Land gegeben werden sowie die Entwicklung der Gemeinschaften basierend auf gesundheitlich Trainingprogramme, um isolierte kleine Gemeinschaften in ländlichen Gegenden zu erreichen.

Erschwinglichkeit

In Übereinstimmung mit der Beschaffenheit der Republik von Namibia, haben alle Namibier gleichen Zugang zur grundlegenden Gesundheitspflege und zu den Sozialeinrichtungen, die vom MOHSS bereitgestellt werden. Wird die Epidemiologie der Gesundheit und der Sozialeinrichtungen insbesondere beachtet, die auf Verschiedenheiten in Namibia bezogen werden, um zu kennzeichnen und die Korrektur dieser Mängel beschleunigen.

Gemeinschaftsbeteiligung

Die neue Regierung stellt eine hohe Prämie auf die Beteiligung von Gemeinschaften bei Gesundheit und erbrachten sozialen Aufschlägen auf ihr Niveau. Dies impliziert Kommunikation, Beratung und Wechselwirkung zwischen Gesundheitsorganarbeitern und Gemeinschaften in Hinsicht auf Einstellungen und Aktionen in Richtung der Ursachen für mangelhafte Gesundheit. Das Ziel soll sein, einen Gemeindevorsteher von nachhaltigen Hauptgesundheitsorganprogrammen in ihren eigenen Umgebungen zu machen.

Umstrukturierung des Gesundheitswesens

Das MOHSS von der Republik von Namibia wird alle vorhandenen Gesundheits- und sozialen Einrichtungen in einer rationalisierten Form integrieren, um die Gesundheit und die sozialen Leistungen anzugehen, denen Namibia zukünftig gegenübersteht. Die Schlüsselmerkmale des Regierungsgebäudes sollen Folgende sein:

Örtlicher Level der Hauptgesundheitsversorgung und soziale Einrichtungen, die auf Gemeinschaftsgesundheitsversorgung, dass Zentren als auch Kliniken sowie mobile Einrichtungen zu entfernten ländlichen Gesundheitsposten oder ähnliche soll entsprechend dem Bedarf von benachteiligten Gemeinschaften basierend sein.

Bezirk Gesundheitswesen beinhaltet, dass mindestens ein Bezirkskrankenhaus mit seinen dazugehörigen klinischen Einrichtungen und Hauptgesundheitsversorgungskliniken als auch ländliche Gesundheits-Posten, gebildet werden sollen. Bezirksgesundheitsführungsteams sollen dafür verantwortlich sein, die gesundheitlichen Lösungen zu erkennen und diesen Bedarf zu decken. Dies soll in naher Beratung und mit der Beteiligung dieser Gemeinschaften getan werden. Bezirksgesundheitsmanager sollen auch an der Gesundheitsplanung ihrer spezifischen Region teilnehmen. Ebenso viel Ermessensberechtigung wie möglich soll auf der Bezirksebene hinsichtlich funktioneller Verwaltung als auch beim Betrieb von Service sowie auch Haushaltsverantwortung verliehen werden.

Regionale Verwaltung Teams sollen mit der Verantwortung erstellt werden, Verwaltungsunterstützung zu Bezirksinstitutionen bereitzustellen; Überwachungs- und Problemfälle zu lösen und Bezirksgesundheitsarbeiter zu unterstützen; die verschiedenen funktionellen Gesundheitsaktivitäten und die verschiedenen sozialen Leistungen in den Bezirken zu überwachen, zu führen und zu koordinieren; Mitarbeitertraining und Entwicklungsunterstützung der Bezirke in der regionalen gesundheitlichen und sozialen Planung in Zusammenarbeit mit den Bezirksgesundheitsmanagern.

Auf einer zentralen Ebene, **politische Formulierung**, strategische Planung als auch **nationale Koordination** von Funktionen und Normung von Geschäften, Ausrüstung und Systemen sollen in Rücksprache mit regionalen Managern stattfinden.

Ein entscheidendes Element soll die Erstellung eines gesetzlichen **nationalen Gesundheitsrats** sein, der Gesundheitsrichtlinien für Namibia auf der höchsten möglichen Stufe der Regierung zustimmen soll, während eine andere Verbindung sich mit anderen relevanten Regierungsebenen beschäftigt, nämlich Schulung, Landwirtschaft, Bergbau und Energie, Arbeit und Arbeitspotential, Länder und Umsiedlung, Gemeindeverwaltung und Unterkunft usw.

Die wichtige Rolle der Missionskrankenhäuser in Namibia ist anerkannt. Diese Dienstleistungen sollen vom Ministerium gestärkt und unterstützt werden.

2.0 nationale Wichtigkeit und Gemeinschaftsbasierte Gesundheitsversorgung (PHC/CBHC)

2.1 aktuelle Situation und meiste verbreiteter Krankheiten und andere Probleme

A) das Problem von Migration und Verstädterung

Hunderttausende von Namibiern wandern oder werden Verstädtert. Und wenn Entwicklungs- oder Dorfgemeinschaften nicht die Initiative in ländlichen Gegenden unterstützen und wenn die Leute nicht bereit sind, alles zu versuchen und zu tun, was sie können, um die Qualität ihrer Leben zu verbessern, dann geht das wichtige und wertvolle Humankapital im Chaos verloren. Die Sorge ist, dass wenn dieses dauerhafte Problem jetzt nicht stark angegangen wird, die Mehrzahl der Menge überall aus dem Land in die Städte strömen mit der Hoffnung einen besseren Lebensunterhalt zu finden.

Schutz vor Krankheit erfordert eine ausreichende angemessene persönliche Haushygiene, eine gute Ernährung, gute Entsorgung von Exkrementen und Feststoffe. In besetzten Häusern urinieren einige Leute nahe den Straßen oder an den Rückseiten ihrer Grundstücke oder an leeren Raum nahe ihrer Umgebung und scheiden Kot aus. In Situationen wie diese sind Epidemien weit verbreitet, und viele Kinder sterben aufgrund an Diarrhöe, durch schlechte sanitäre Einrichtungen oder Lungenentzündung durch schlechte Belüftung und schlechten Luftbedingungen in den Unterkünften, die aus gesundheitsschädigenden Materialien wie Zinn bestehen, oder Zelten aus Plastik.

Alkohol und Drogenmissbrauch alle diese ko-Existieren mit den Hausbewohnern, und sie erstellen oder züchten Krankheiten und Verbrechen. Das schnelle Wachstum der Hausbewohner ist für das derzeitige Gesundheitssystem eine gewaltige Herausforderung.

Das Lösen der Wohnungsprobleme von heute und die Begegnung der morgigen Wohnungsbedürfnisse beweist, dass das eine überwältigende Aufgabe für unsere junge Nation ist. Warum? Weil das Problem von Wohnraumangel und Obdachlosigkeit kein isolierter Punkt ist. Er wird tief mit ökonomischer Stockung verwebt. Aber mit diesem Problem sehen nicht nur Namibiern in der Welt von heute konfrontiert, es gibt keine Nation auf der Erde, die gänzlich frei ist von diesen Problemen. In der Tat haben die Regierung und ihr Volk eine echte Begierde im Umgang mit diesen Problemen gezeigt, und das Regierungsgebäude von Gemeindeverwaltung und Unterkunft hat mehrere Wohnungsbauprogramme schon in Angriff genommen. Aber diese Bemühungen brauchen die Unterstützung jedes Staatsbürgers dieses Landes, um wirkungsvoll zu sein.

Diese Zeiten sind anstrengend, zumal die Arbeitslosigkeit weiter wächst und Familien in schwierigen finanziellen Situationen sind, wodurch sich die häusliche Spannung vermehrt.

Jungen Männer, oft die jungen Familienväter tendieren dazu, das Dorf zu verlassen, wenn sie sich außer Stande sehen, Arbeit zu finden, Missgeschicke erleiden oder wenn die Kommunikation mit Verwandten aus irgendeinem Grund zusammenbricht, somit ist diese Situation eine Unterbrechung der Dorffamilienstruktur, Arbeitskraft und der Art des Lebens.

Zu derselben Zeit finden sich Gastarbeiter von entfernten ländlichen Gegenden, die in der Stadt ankommen, neuen Lebensbedingungen gegenübergestellt, die oft schwierig und schmerzhaft sind. Solche Gastarbeiter können Alkoholismus und Drogenmissbrauch gegenüber anfällig sein oder feindliche emotionale Zustände, wie Verrohung, Apathie oder Depressionen entwickeln. Nicht überraschend ist die Rate der Gewalttätigkeit und Kriminalität unter jungen Leuten, besonders jungen Männern, sehr hoch. Das Leben für ärmere Haushalte in einer Umgebung der Armut ist ein endloser Kampf ums Überleben. Von einem frühen Alter an, lernen Kinder stehlen, nehmen Medikamente und werden zum Betteln erzogen und werden von ihren Eltern schlecht behandelt, als eine Folge von der häuslichen Anspannung der unpassenden Lebensumstände und die totale wirtschaftliche Unsicherheit und Arbeitslosigkeit.

B) Malaria

Hintergrund

Malaria ist ein größeres Gesundheitsproblem in Namibia, besonders in den nördlichen Regionen des Landes. Die erste weit reichende Umfrage über Malariaausdehnung und Verteilung wurde zwischen 1947 und 1951 durchgeführt. Diese Umfrage zeigte das 64% der Menge in *Okavango* und 49% vom *Ovamboland* mit Malaria infiziert wurde. Sie zeigte auch, dass 90% von Kindern in *Okavango* und 58% der 2-5 Jahraltersgruppe in *Ovamboland* infiziert wurden und dass das Potential für Malariaübertragungen hoch in den nördlichen Regionen und dem und niedrig in den zentralen und südlichen Regionen war.

Im August 1965 wurde ein restliches Haus mit *DDT* besprüht als Maßnahme um Malaria zu kontrollieren. Dieses führte zu einer merklichen Reduktion der Malariainfektion in der allgemeinen Bevölkerung. Malariasteueraktivitäten jedoch verschlechterten sich während des Kriegs der späten 1980er verbunden mit mehreren Jahren der Dürre in den 1980ern, und der reduzierten Immunität, führten zur verheerenden Malariaepidemie von 1990. Vor kurzem sind auch in zentralen und südlichen Regionen die Malariaausbrüche erschienen.

Im Jahr 1991 startete das MOHSS ein umfassendes Programm, um Malaria zu kontrollieren, und andere Bereichsbezogene Krankheiten ein. Das Programm wurde anfangs das nationale Malariasteuerprogramm „**National Malaria Control Programme**“ genannt, aber später umbenannt in das nationale Bereichbezogene-Krankheits-Kontroll-Programm (NVDCP) „**National Vector-borne Disease Control Programme (NVDCP)**“, um Seuchen einzuschließen. Durch dieses Programm sind eine Anzahl von Aktivitäten unternommen worden, um Krankheitsverwaltung einschließlich Trainings von Gesundheitsarbeitern, Intensivierung Hausbesprühungen und die Berichte über Gesundheitszustand-System zu verbessern.

Aktuelle Malariasituation in Namibia

Malaria ist die führende Ursache für schlechter Gesundheit und Todesfälle unter Kindern als auch bei den Erwachsenen, besonders in den nördlichen Regionen, wo etwa 60% der

Bevölkerungen leben. Malaria ist in Namibia saisonbedingt, mit dem Potential für epidemische Ausbrüche, und außergewöhnlichem Regenfall verbunden.

In einem typischen Jahr sind es etwa 120.000 neue Malariafälle von denen 20 % Kinder unter 5 Jahren betroffen sind. Malaria ist die zweithäufigste Ursache für Erkrankungen bei Kindern. Malaria macht ca. 14% aller Todesfälle aus, die von den Krankenhausstationen der Kinder aufgezeichnet sind und Diarrhöe kommt an zweiter Stelle. Malaria ist auch ein führender Grund bei älteren Kinder und Erwachsene und eine Ursache für Todesfälle.

Die Nordostgesundheitsaufsichtsrat (*Kavango* und *Caprivi*) hat die höchsten Anteile von Malariakrankheit und den Todesfolgen. Im Jahr 1994 machte Malaria 51% von Krankhauseinweisungen bei Kindern unter dem Nordostgesundheitsaufsichtsrat, 22% in dem Nordwestgesundheitsaufsichtsrat, 15% in dem zentralen Gesundheitsaufsichtsrat und 1% in der Südgesundheitsaufsichtsrat aus. Die Verteilung der Malarianotfälle und Todesfälle in der Ambulanz zeigt ein ähnliches Muster.

Trotz bedeutsamer Verbesserung bezüglich des Krankheitsmanagements, durch eine neue nationale Verwaltungspolitik und dem Training von speziellen Gesundheitssozialarbeiter, die in Diagnose und Behandlung und der Abwicklung des PHC-Ansatzes trainiert sind, ist die Anzahl von Malariafällen vom Jahr zu Jahr gestiegen. Es kann sein, dass diese Zunahme wenigstens im Teil durch verbesserte Berichte verursacht ist und die Einleitung eines neueren und effizienteren Informationssystem über den Gesundheitszustand und der gewaltigen Entwicklung von PHC-Leistungen folgt. Die Situation wird weiter von der wachsenden Widerstandsfähigkeit der Malaria (gegenwärtig bis zu 40%ig) erschwert Malaria bleibt das „Nummer Eins“ Problem in Namibia.

Faktoren, die Malariatransfer in Namibia beeinflussen

Klima

Die Ausprägung der Malaria in Namibia hängt eng mit der Temperatur, Regenfall und Feuchtigkeit zusammen. Malaria Epidemien sind am höchsten im Nordosten und nehmen in Richtung Westens und Südwestens ab. Die regnerische Jahreszeit in Namibia ist von November bis April mit hohen Regenfällen verbunden und der Februar und März sind Monate mit sehr hohem Niederschlag, jedoch ist der Regenfall von Jahr zu Jahr äußerst variabel. Im Nordwesten (und Teilen der zentralen und Südregionen) ist Malariaübertragung saisonbedingt abhängig und folgt dem Beginn der Regenzeit mit hohen Zahlen zwischen dem Februar und dem Mai.

In den Gegenden mit niedriger Feuchtigkeit und mit Mangel an stehendem Wasser besonders im September und Oktober wird der Malariazyklus unterbrochen. Der Nordosten (*Okavango* und *Caprivi*) ist von hohen durchschnittlichen Temperaturen, hohem Regenfall und hoher Feuchtigkeit charakterisiert; Konditionen, die Stechmückenfortpflanzung und Parasitenentwicklung dienlich sind. Es gibt auch dauerhafte Flüsse die eine Malariaübertragung immer gegenwärtig machen, mit einer jahreszeitlichen Spitze während der Mitte und zum Ende der regnerischen Jahreszeit. Als Ergebnis tendiert Malaria im Nordosten dazu, stabiler zu sein, während im Nordwesten es von einer instabileren Natur ist und es das Risiko von Epidemien gibt. In Kontrast sind die Küstengebiete und der meiste Süden aufgrund der unzureichend trockenen Witterung frei von Malariaübertragungen.

Stechmückenfortpflanzung, Nahrung und Ruhephasen

Die drei größeren Malariafaktoren von Afrika - *Anopheles arabiensis*, *Anopheles gambiae* und *Anopheles funestus* südlich der Sahara sind alle in Namibia gefunden. *Anopheles arabiensis* hat die weiteste Verteilung in den nördlichen Regionen und wird wahrscheinlich der Hauptfaktor sein. Es pflanzt sich in einer Vielfalt von Lebensräumen fort, einschließlich Regenpfützen und oshanas' (flache, tief gelegene Bereiche, die jährlicher Überschwemmung unterworfen sind). Diese Art nimmt zu, wenn der Beginn der Regenzeit folgt. Sie ernährt sich von Menschen als auch Tieren und ernährt sich drinnen als auch draußen. *Anopheles gambiae* ist in Namibia weniger allgemein. Es hat ähnliche Gewohnheiten zu *ein. arabiensis* und tendiert dazu, mehr Mensch als Tier zu beißen. Es ernährt sich drinnen und ruht auch dort aus. *Ein .funestus* in mehr oder weniger dauerhaften Wasserkörpern lebt vorwiegend in Flüssen und Strömen und ist weniger abhängig von Regenfällen. Es wird hauptsächlich im nördlichen Osten des Landes gefunden. Es ernährt sich hauptsächlich vom Mensch und ernährt sich drinnen und ruht auch dort aus. Die Fortpflanzung, die Ernährung und die Gewohnheiten sich auszuruhen, sind wichtige Implikationen für Malariaübertragungen und die Selektion von entsprechenden Kontrollmaßnahmen. Hausausruhende Schwärme können wirksam sprühend im restlichen Haus kontrolliert werden. Die Malariainfektion in Namibia erfolgt auch nachts, da die Stechmücken sich zu dieser Zeit ernähren, daher kann es sinnvoll sein, sich mit einem „Moskitonetz“ zu schützen.

Medikamentenwiderstandsfähigkeit

Plasmodium falciparum ist der für 97% von Malariainfektionen in Namibia verantwortliche Malariaparasit. *Plasmodium falciparum* hat eine Widerstandsfähigkeit entwickelt gegen „*chloroquine*“, das Medikament von erster Wahl bei Malariabehandlung. In Namibia wurde eine Widerstandsfähigkeit erstmals in *Ovamboland* im Jahr 1984 wahrgenommen. Ein Gutachten führte *Rundu* im Jahr 1991 aus, und zeigte, dass eine Stufe der Widerstandsfähigkeit zu *chloroquine* von etwa 6% und eine dritte Studie in *Ombalantu* bewies im Jahr 1993, dass *chloroquine* Widerstandsfähigkeit im Wachstum ist, (bis zu 40%igen), ein reflektierendes Muster gesehen weltweit.

Die Folgen der Medikamentenwiderstandsfähigkeit sind ernst, weil Patienten, die nicht auf *chloroquine* reagieren, ein teureres Alternativmedikament benötigen. Trotz Widerstandsfähigkeit bleibt *chloroquine* das Medikament von erster Wahl in der Behandlung unkomplizierter Malaria. Medikamentenwiderstandsfähigkeit muss jährlich in Namibia überwacht werden.

Unanfälligkeit für Malaria

Bevölkerungen, die im ganzen Jahr der Malariaübertragungen ausgesetzt sind, erwerben einen Grad Unanfälligkeit für Malariainfektion. Die überwiegend jahreszeitliche Natur der Malariaübertragungen in Nordnamibia hindert Personen daran, starke Unanfälligkeit für Malaria zu erwerben. Außerdem haben schwangere Mütter und kleine Kinder aus Malariabereichen einen niedrigeren Grad an Unanfälligkeit und haben deshalb ein höheres Risiko schwerwiegender zu erkranken als Besucher aus Nicht-Malariagebieten in Namibia.

Ziele und Zielsetzung

Ziele

Todesfälle verhindern und die Krankheit und Sozial- und ökonomische Verluste wegen der Malaria durch progressive Verbesserung verringern und das Verstärken der lokalen und nationalen Fähigkeiten.

Zielsetzung

- * die Kapazität auf nationalem, regionalem und Bezirken das Niveau für die Planung und die Überwachung der Malariasteuertätigkeiten errichten. Diese Strategie zielt darauf ab, das Ziel bis zum dem Jahr 2001 zu erreichen
- * die Verwendung von persönlichen Schutz- und Vektorkontrollmaßnahmen die angewandt und gestärkt werden können und gewährleistet sind durch die Gemeinschaft mit dem PHC
- * Gesundheitspersonal in früher Diagnose und dem richtigen Management von Malariapatienten trainieren
- * Richtlinien im Bereich Management und Vektorkontrolle entwickeln
- * eine Überwachung und Auswertungssystem für Malaria Aktivitäten errichten und die vorhandenen Information über den Gesundheitszustand Systems anwenden

Malariakontrollstrategien

- * frühe Diagnose und prompte Behandlung liefern
- * selektive und nachhaltige Maßnahmen planen und implementieren, einschließlich Vektorkontrolle
- * Epidemien früh erkennen, vorbeugen und verhindern
- * Kapazitäten verstärken, die reguläre Beurteilung von Namibias Malariasituation zu erforschen, im Besonderen dem Ökologischen und sozial-ökonomischen Determinanten der Krankheit
- * Malariakontrolle sollte, wo immer möglich, vollständig ins Hauptgesundheitsversorgungssystem mit der vollen Beteiligung der relevanten Gemeinschaften integriert werden

C) AIDS in Namibia

AIDS in Namibia ist eine Vor-Dominierende Krankheit, die sexuell übertragen wird. Die AIDS-Epidemie schlug Namibia im Jahr 1986 erstmals zu, als die ersten 4 Menschen diagnostiziert wurden, HIV-Infektion zu haben. Im Jahr 1987 wurde von 15 Fällen von HIV-Infektion berichtet.

Dann:

1988	43
1989	129
1990	543
1991	1.261
1992	2.050
1993	2.517
1994	4.000
1998	53.000

Entsprechend den Ergebnissen der HIV-Verbreitung durchgeführte Umfrage von 1992 und 1994 unter schwangeren Frauen, die Vor-Sorgeuntersuchungen besuchten, die in den Hauptkrankenhäusern stattfinden, wurde herausgefunden, dass die HIV-Verbreitungsquote zwischen 4.7%ig und 8.4%ig liegt. In reeller Hinsicht bedeutet dies, dass es zu dieser Zeit etwa 126.000 Namibier gab, die mit diesem Virus infiziert wurden. Im Jahr 1998 waren mindestens drei von zehn schwangeren Frauen HIV-positiv an Orten wie *Oshakati*, *Walvis Bay* und *Katima Mulilo*. *Windhoek* folgte mit 23% von schwangeren Frauen, während *Opuwo* die niedrigste Anzahl hatte. Mädchen, im Alter von 10 Jahren wurden mit dem Virus infiziert; Infektion bei Männern wurde im Alter von 16 wahrgenommen und erreichte bei 34 Jahren einen Spitzenwert. Der meisten HIV-positiven Frauen sind etwa 24 Jahre alt.

Dies ist eine riesige Anzahl, wenn man die namibische Bevölkerung von ca. 1,6 Millionen Menschen betrachtet und die Tatsache, dass die betroffenen Leute wirtschaftlich aktive Erwachsene sind und die Infektionen weit im ganzen Land gestreut sind. Der beunruhigendste Punkt ist, dass etwa 41% der Todesfälle und die ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten heute zwischen 15-49 Jahren sind. 5.155 Patienten waren im Jahr 1998 mit HIV-Verbundenen Krankheiten ins Krankenhaus eingewiesen worden, während 2.179 Menschen an den Folgen von AIDS gestorben waren:

Das MOHSS von der Republik von Namibia ist in mit Verantwortung beauftragt worden, diese Krankheit zu bekämpfen und bis heute gibt es keine Medizin oder Impfstoff gegen diese Infektion, und jede Person die infiziert ist, wird innerhalb von 5 bis 10 Jahren sterben. Die infizierten Personen sind normalerweise kränklich und jährlich gehen produktive Wochen oder Monate wegen häufiger unentschuldigter Abwesenheit von der Arbeit verloren.

So kann nur vermutet werden, dass der einzige Weg, die schnelle Verbreitung der Krankheit zu stoppen, es dringend zu vermeiden, dass infizierte Personen nicht die nicht infizierten anstecken.

Ministerium der Gesundheit

Das Regierungsgebäude von Gesundheit erstellte ein nationales AIDS-Kontrollprogramm mit dem Ziel, der Eindämmung der Epidemie vorzunehmen. Mehrere Strategien werden unter anderen verwendet:

Bewusstsein wecken durch

- * Medien
- * Jugendgruppen
- * Frauengruppen
- * einbeziehen von politischen und traditionellen Leitern
- * HIV-AIDS Schwerpunkte an Schulen

Fall-Management

- * Beratung der Klienten vor dem HIV-Test als auch hinterher, sowie laufende Beratung für HIV-positiv
- * Gemeinschaft basierte Pflege von AIDS-Patienten, die nicht im Krankenhaus versorgt werden können
- * Versorgung der Krankheiten, die durch AIDS entstehen

- * das Sicherstellen der Sicherheit aller Blut -und Blutprodukte, die übertragen worden sind
- * die Chancen des HIV-Übertragung dadurch zu vermindern, wirksam alle Anderen sexuell übertragenen Krankheiten zu behandeln

Was geschah nach 10 Jahren?

- * Blut das übertragen worden ist, ist sicher vor HIV-Virus
- * aller Namibier wissen über HIV/AIDS bescheid und wie es übertragen wird
- * die sexuell übertragenen Krankheiten sind immer noch vorhanden; obwohl ein Plan und Ressourcen vorhanden sind, um diese vor Ort zu bekämpfen
- * die HIV-Verbreitung breitet sich zu einem beunruhigenden Kurs aus weil
- * ältere Namibier wollen ihre sexuellen Gewohnheiten nicht wechseln; sie haben mehr als einen Partner, und sie verwenden keine Kondome
- * jüngere Namibier wollen die HIV-Realität nicht in Betracht ziehen; sie benehmen sich wie ihre älteren Leute

Strategien auf die oben erwähnten Realitäten einstellen:

Das Ministerium hat eingesehen dass es eine Notwendigkeit gibt, sich auf Strategien zu konzentrieren, um die die folgenden Ziele zu erreichen:

- * Sexuelles Verhalten bei älteren Bürgern muss geändert werden und ausschließlich „Safer Sex“ betrieben werden (Kondome)
- * Formen von sexuellem Verhalten von jüngeren Leute, so dass sie nicht keinen ungeschützten Geschlechtsverkehr vollziehen
- * um die oben erwähnten Ziele zu erreichen, schaut das Ministerium auf die verschiedenen Wege in der Geschichte über Bestrafung bei falschem Verhalten

Wohin von hier?

Es gibt keine andere sexuell übertragenen Krankheit, die so eindeutig tödlich ist wie AIDS.

Aktuell ist kein Impfstoff gegen die HIV-Infektion vorhanden, noch gibt es ein Medikament, das den HIV-Virus tötet! Soweit bekannt ist, sobald die ersten AIDS-Anzeichen vorhanden sind, werden die Personen eine Lebenserwartung von 5-10 Jahren haben. Die Verbreitung von HIV/AIDS in Namibia steigt zu einem beunruhigenden Kurs. Es ist gegen diesen Hintergrund, dass Namibia gezwungen ist, die Angemessenheit und Wirksamkeit von den gegenwärtigen genutzten Strategien zu bezweifeln, um die Ausbreitung dieser Krankheit zu kontrollieren. Die Frage: Nimmt jeder in Namibia das nationale AIDS Kontrollprogramm ernst, wenn man weiß, dass 126.000 Menschen heutzutage AIDS in Namibia haben? Realisieren die Leute die vielen Todesfälle von jungen Menschen nach einer langen oder kurzen Krankheit, die vielleicht durch HIV verursacht ist? Glauben die Namibier uns, wenn wir sagen, dass es keinen anderen „Safer Sex“ außer sexueller Enthaltung oder Geschlechtsverkehr mit Kondomen, selbst mit einem regulären festen Sexualpartner, gibt? All diese zahlreichen Fragen sind eine Herausforderung für Namibia und seine Assistenten und werfen weitere ernsthafte Sorgen und Fragen der Regierung auf.

Ich glaube, dass allen unseren Kindern beigebracht werden sollte, dass sie niemals Sex ohne Kondom haben sollten, es sei denn es ist eine Schwangerschaft geplant, wobei hier jedoch beide Sexualpartner einen HIV-Test durchführen sollten und dieser negativ sein soll.

In Anbetracht des oben genannten sollte Namibia Gesetze verabschieden, die versuchen sollten, die Jungen Leute in Namibia vor einer Infektion zu schützen? Sollte es in Anbetracht der Ernsthaftigkeit dieser Krankheit sein, dass jeder Bürger in Namibia seinen HIV-Status obligatorisch darlegen sollte, bevor sie Geschlechtsverkehr haben? Sollte der Sexualpartner, der nicht seinen/ihren Status offenbart und die andere Person deshalb wissentlich infiziert, mit Mord an der anderen Person geahndet werden?

Wo hört das Menschenrecht bei einer infizierten Person auf und wo beginnt das Recht seines oder ihrer PartnerIn? Hat der nicht infizierte Namibier ein Recht durch Gesetze geschützt zu werden oder durch andere Mittel? Ist es für einen Partner richtig, seinen oder ihren HIV-Status in den Beratungszimmern des Arztes ohne die Unterstützung von geliebten Personen, gesagt zu bekommen? Sollte es nicht verpflichtend sein, für beide Partner und wenn möglich, für die ganze Familie, um die Ergebnisse des positiven HIV-Tests eines Familienmitglieds zu hören, und somit die offensichtliche Änderung des Lebens und die damit verbundene Verantwortung für die Familie und den / die PartnerIn übernehmen zu können.

Die klinische Arbeitsbelastung für die HIV/AIDS-Infizierten ist in Namibias Gesundheitseinrichtungen sehr wesentlich. Die Frage ist, auch ob die Gesundheitsarbeiter mit dem notwendigen Wissen und den Qualifikationen dazu ausgerüstet sind, die vielen HIV-/AIDS-Patienten zu beraten, die die Gesundheitsmöglichkeiten zeigen? Ist das MOHSS in der Lage, psychologische Unterstützung zu gewährleisten, damit sie ein nützliches und produktives Leben nach einem positiven HIV-Test führen können? Ist das MOHSS in der Lage, den Patienten die richtigen Diäten und andere sichere Lebensunterhaltsstile zu vermitteln, damit sie ein glücklicheres Leben führen können?

D) Situation der Familienplanung in Namibia

Geschichte von Familienplanung in Namibia

Die Geschichte von Familienplanung in Namibia wird eng mit der sozialpolitischen Geschichte von diesem Land verbunden. Moderne Verhütungsmittel wurden offiziell im Land in den frühen 1970ern von der Kolonialregierung eingeführt. Jedoch gab es aufgrund der Tatsache, dass das Gesundheitswesen zerstückelt war, keine Koordination von Familienplanungskoordination und keine nationale Politik.

Familienplanungsdienstleistungen wurden nach dem Einleiten des Trainings von gewerbsmäßigen und nichtgewerbsmäßigen Krankenschwestern im Jahr 1979 allmählich in den Kliniken besonders erweitert. Die Dienste waren in den Süd- und zentralen Regionen verfügbarer und in einem geringeren Maß in den nördlichen Regionen, die Arten von Verhütungsmitteln, die anfangs verfügbar gewesen sind, waren die oralen Verhütungsmittel zum Beispiel das ***injectables Depo Provera***.

Allgemeine Babyabnahme und Anwendung der Verhütung waren niedrig. Faktoren, die die Abnahme oder Akzeptverweigerung von Familienplanung beeinflussten, beinhalteten:

- * Kolonialvorherrschaft, die in Fällen ein Misstrauen zwischen den Dienstanbietern und den Konsumenten einflößte.

- * Der lang gezogene Befreiungskrieg, der die Majorität der Namibier im nördlichen Teil des Landes veranlasste, keine modernen Verhütungsmittel zu akzeptieren und zu verwenden. Die Leute meinten, dass es eine Notwendigkeit gab, jene zu ersetzen, die im Krieg verloren gegangen sind.
- * Religiöse Überzeugungen, die Verwendung von Verhütungsmitteln hauptsächlich aus moralischen Gründen untersagten. Familienplanungseinrichtungen in Kirchenfunktionen wurden verboten. Während im Allgemeinen Kirchen nicht gegen Familienplanung sind, sind einige, besonders die katholische Kirche, gegen den Gebrauch von modernen empfängnisverhütenden Methoden. Stattdessen fördern sie den Gebrauch von den natürlichen Weisen des Vermeidens von Schwangerschaft.
- * Einige Männer verbinden Ängste und Gerüchte mit der Verwendung von Verhütungsmitteln und der verneinenden Einstellung. Einige Männer denken zum Beispiel, dass sie impotent werden, wenn ihre Frauen Verhütungsmittel verwenden. Andere glauben, dass ihre Frauen untreu werden, wenn sie Verhütungsmittel verwenden. Außerdem glauben einige Leute, dass Verhütungsmittel Sterilität und Krebs verursachen und auch das Leben der Frauen in Gefahr bringen. Diese Ängste sind durch Fehlinformation oder Mangel an Information über Verhütungsmittel verursacht.
- * Vorlieben für große Familien - eine gemeinsame Beobachtung von den Gemeinschaften ist, dass viele Familien dazu tendieren viele Kinder zu haben, von 5-14 Kindern.
- * Die Auferlegung von bestimmten modernen Familienplanungsmethoden für Klienten ohne passende Beratung und Ratschläge. ***Indictable*** wurde zum Beispiel Frauen und Teenagern ohne ihr Wissen verabreicht. Gesundheitsarbeiter lieferten keinen Klienten genug Information über die Vorzüge und Nachteile der verschiedenen Antibabymethoden. Folglich waren Patienten außerstande, Methoden auszuwählen, die ihnen am besten passen würden.
- * Negative oder unfreundliche Einstellungen von einigen Dienstleistungseinrichtungen, die potentielle Kunden davon abhielten, diese aufzusuchen. Der Grund hinter dieser Einstellung ist Mangel an Information oder ihre religiösen Überzeugungen.
- * Begrenzte Anzahl von Verhütungsmethoden, die in Kliniken und Ärztezentren verfügbar sind. In den meisten Fällen waren die weithin verfügbaren Verhütungsmittel die Tabletten und die ***injectables***. Dies grenzte die Wahlmöglichkeiten ein, die ein Kunde treffen könnte.
- * Mangel an Familienpolitik und Dienstleistungsrichtlinien. Als Ergebnis hat es unzulässige Beanspruchung und Missbrauch von Verhütungsmitteln gegeben. Das ***injectables*** und die Depo-Prova. Diese Medikamente sind den Frauen wahllos gegeben worden, und das hat viele Sorge und Angst verursacht unter der allgemeinen Öffentlichkeit.
- * Lange Entfernungen zwischen Gemeinschaften und Gesundheitsfunktionen hielten die Öffentlichkeit davon ab, die Einrichtungen zu nutzen.

Nach Unabhängigkeit ergriff das MOHSS Maßnahmen, um diese Situation aufzufangen. Im Jahr 1991, wurde das mütterliche und Kind-Gesundheit und Familie Planung Programm (MCH/FP Programm) mit dem Ziel des Verbesserns der Gesundheit der Frauen und der Kinder eingeführt. Obwohl die Familienplanungsaufschläge immer noch unterentwickelt und unterausgelastet sind, sind mehrere Aktivitäten übernommen worden, um einige der oben erwähnten größeren Probleme anzugehen. Die Familie-Planungs-Politik ist eine der Tätigkeiten. Andere schließen Training, Entwicklung der MCH/FP Service-Richtlinien für Gesundheit Arbeiter und Bestimmung der MCH/FP-Ausrüstung ein. Diese Tätigkeiten und

verbesserte Informationen, Ausbildung und Kommunikation bei der Familienplanung werden erwartet, um den Zugang und die Sicherung der Qualität bei der Familienplanung - Dienstleistungen zu verbessern, die im Land bereitgestellt sind.

Aktueller Status von Familienplanungseinrichtungen

Familienplanungseinrichtungen sind vorhanden aber werden im Allgemeinen nicht gebraucht. Das demographische Namibia und ein Gesundheitsgutachten (NDHS), das im Jahr 1992 erstellt worden ist ergaben, dass praktisch alle namibischen Frauen im Alter von 15-49 Jahre (90%) jetzt wenigstens eine moderne Methode für die Familienplanung verwenden. Über die Hälfte (52%) davon sind verheiratete Frauen und 41% aller Frauen haben eine Methode der Familienplanung für ihr Leben entwickelt.

Insgesamt 23% aller Frauen in Namibia und 29% der verheirateten Frauen verwenden gegenwärtig eine Verhütungsmethode. Die Grad der Nutzung der Verhütungsmethoden ist in Stadtbereichen höher (46%ig) als in ländlichen Gegenden (16%ig). Andererseits ist Verwendung von traditionellen Methoden in ländlichen Gegenden höher (4%ig) als in Stadtbereichen (2%). Es kann sein, dass dies durch Probleme wie nicht so guten Zugriffsmöglichkeit und der Verfügbarkeit statt Vorgabe verursacht ist. Das NDHS zeigte auch, dass Verhütungsmethoden höher in den Süd- und zentralen Regionen ist, als in den nördlichen Regionen, wo die Mehrheit der Leute leben. Die beliebtesten Methoden unter sowohl städtischen als auch ländlichen Frauen sind die Tabletten, die Injektion und die weibliche Sterilisation. Kondomverwendung ist eher niedriger, weniger als 0,5%ig. Das erhöht die Frage nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr und erhöht das Risiko von HIV/AIDS, und anderen sexuell übertragene Krankheiten zu bekommen.

Die Hauptquelle von Familienplanungseinrichtungen ist die Regierung. Etwa 82% von Gesundheitsmöglichkeiten erbringen Familienplanungseinrichtungen (Rezension Mid-Term Review of PHC Programmes, 1994). Andererseits liefert der private Sektor etwa 11% von modernen Verhütungsmitteln.

Situation der Frauen- und Kindergesundheit in Namibia

Die Gesundheit, und sozial-ökonomischer Status der Mehrheit der Frauen in Namibia ist ungenügend. Dies wurde vom Namibia bestätigt durch ein demographisches Gesundheitsgutachten. Es wurde bemerkt, dass die meisten Frauen große Familien haben. Es wird geschätzt, dass die durchschnittliche Anzahl einer namibischen Frau (im Alter von 15-49 Jahre) während ihres Lebens 5,4 gebärt, aber viele Frauen haben zwischen 5 und 10 oder mehr Kinder. Frauen erfahren aufgrund Komplikationen von Schwangerschaft und Geburt relativ hohe Todesfälle mütterlicherseits und Krankheiten wie ein hoher Blutdruck, hoher Verlust an Blut, Infektionen und verzögerte oder schwierige Geburten. Es wird geschätzt, dass etwa 225 Frauen von 100.000, infolge von Komplikationen bei der Geburt sterben, oder viele langfristige andere Krankheiten erleiden.

Die zugrunde liegenden Ursachen für diese Todesfälle sind:

- * unzulänglicher Zugriff auf Gesundheitswesen während Schwangerschaft und Geburt und der schlechten Qualität der Leistungen

- * geringe Nutzung von Familienplanungseinrichtungen, die zur hohen Ergiebigkeit beiträgt und die Ausdehnung der Gefahr der unerwünschten Schwangerschaft erhöht
- * arme allgemeine Gesundheit und Ernährungszustand von Frauen sowohl vor als auch während Schwangerschaft

Andererseits ist Jugendgesundheit eine Materie großer Sorge in Namibia. Manche der größeren Probleme sind Schwangerschaften bei Minderjährigen, Schwangerschaftsabbrüche und sexuell übertragene Krankheiten einschließlich HIV-Infektion und AIDS. Sexueller Verkehr startet im Alter von 16 Jahren. Wenn sie 19 Jahre alt sind, sind etwa 45% der Frauen eine Mutter oder schwanger. Auch gibt es einige Mädchen, die Kinder im Alter von 13 Jahren bekommen. Teenager unter 18 Jahre sind noch nicht physisch und gefühlsmäßig ausgereift, um sich um ihre Kinder zu kümmern. Sie können noch nicht einmal die ökonomische Unterstützung haben. Schwangerschaften bei Minderjährigen werden mit einem höheren Risiko von mütterlichen Todesfällen und Krankheiten verbunden. Außer Gesundheit hat frühe Mutterschaft ernste Auswirkungen auf den Schulungs- und Arbeitsmöglichkeiten der jungen Frauen.

Mit Rücksicht auf die Kinder, hat die Regierung ihrer Gesundheit sehr hohe Priorität gegeben. Eine Anzahl von Präventivprogrammen wird implementiert, um ihre Gesundheit zu schützen. Die Säuglingssterblichkeitsrate sind 57 von 1000 Lebendgeburten. Die meisten dieser Todesfälle werden von vermeidbaren Krankheiten verursacht. Das NDHS hat weiter aufgedeckt, dass 16% der Babys mit niedrigem Geburtsgewicht (weniger als 2,5 kg) geboren werden, das eine Spiegelung des schlechten Nährstatus der Mütter ist. Diese Babys haben ein hohes Risiko, während ihrer frühen Kindheit zu sterben.

Zusätzlich haben Kinder eine große Wahrscheinlichkeit des Sterbens, wenn die Mutter zu jung oder zu alt ist oder in kurzen Abständen mehrer Geburten hatte oder die Mutter schon zu viele Schwangerschaften hatte.

Begründungen für Familienplanung in Namibia

Ogleich die Gesamtmenge von Namibia klein ist und das Land groß und spärlich bevölkert ist, hat Familien-Planung zweifellos einen Platz. Zum einem wächst die Menge mit mehr als 3% jährlich, das jedes Jahr eine Addition von etwa **46.000** Menschen beinhaltet. Das schnelle Mengenwachstum hat Implikationen auf die Fähigkeit der Nation und der Familien, für den Grundbedarf seiner Leute zu sorgen. Außer einer Belastung auf die Konjunktur des Landes, stellt das schnelle Mengenwachstum eine Belastung auf die schon zerbrechliche Umgebung.

Vom gesundheitlichen Standpunkt hat der Zeitpunkt von Geburten eine wichtige Rolle bei der Gesundheit von Frauen und ihren Kindern.

Wichtige Fakten über Zeitpunkt der Geburten:

- * vor 18 Jahren oder nach dem Alter von 35 schwanger zu werden, erhöht Gesundheitsrisiken, sowohl der Mutter als auch des Kindes
- * das Risiko des Todes für kleine Kinder wird um etwa 50% gesteigert, wenn die Zeit zwischen Geburten weniger als 2 Jahre ist
- * mehr als 4 Kinder zu haben, erhöht das Gesundheitsrisiko von Schwangerschaft und Geburt

- * Familie planen, ist ein wirkungsvoller und erprobter Eingriff für das verringern von Sterben bei Mutter und Kind sowie Krankheiten. Familienplanung spricht für bessere Gesundheit für Mutter und Kind durch verringern von hohen Risikoschwangerschaften

Außer Gesundheit von Mutter und Kind zu schützen und zu fördern, gibt es andere soziale und ökonomische Vorteile der Familienplanung, die wie folgt zusammengefasst werden können:

- * ermächtigen Sie Frauen im gebärfähigem Alter, Kontrolle ihrer eigenen Fruchtbarkeit zu nehmen, und tragen Sie zur sozialwirtschaftlichen Abwicklung der Nation bei
- * verringern Sie die Ausprägung von unerwünschten Schwangerschaften besonders unter Teenagern
- * ermöglichen Sie Kindern, bessere Gesundheit zu genießen, und dadurch erhalten sie bessere Schul- bzw. Lernmöglichkeiten
- * eine langsamere Mengenwachstumsrate stellt die Regierung, in einer besseren Position, Grundleistungen wie Gesundheitsfunktionen, Lehranstalten, Unterkunft- und Wasserversorgung und Generierung zu schaffen sowie Arbeitsmöglichkeiten für die Leute

In Anbetracht der oben genannten Beiträge, sind alle Namibier dazu gedrängt, die Anzahl von Kindern zu haben, die sie sich leisten können, zu ernähren, zu bekleiden und zu erziehen.

Ziele von Familienplanungseinrichtungen

Das allgemeine Ziel von Familienplanungseinrichtungen ist, zur Gesundheit und dem Wohl von Frauen und Kindern und ihren Familien beizutragen, durch die Reduktion von mütterlichen Todesfällen und Krankheiten die sich aus unerwünschten und Risikoschwangerschaften ergeben.

Familienplanungseinrichtungen zielen besonders auf:

- * entsprechen der Forderung der Familienplanung die Dienstleistung verfügbar und zugänglich zu machen, ist es annehmbar und erschwinglich für jeden im Fortpflanzungsfähigem Alter
- * verringern der Mutter/Säuglingssterblich und Morbidität verbunden mit hohen Risikoschwangerschaften und einschließlich der Schwangerschaften bei Teenagern, durch Verbesserung der Qualität der Fortpflanzungsgesundheitswesens
- * erhöhen Sie den Zugriff auf Familienplanungsinformation und Einrichtung, um Verhütungsmaßnahmen zu steigern
- * verringern Sie die Gesamtfruchtbarkeit einer Frau (Anzahl der Kinder der Frau in ihrem Leben)
- * verhindern Sie unerwünschte Schwangerschaften bei Teenagern durch erhöhten Zugriff auf Familienplanungsinformation und Einrichtungen bei allen sexuell aktiven Personen

Programm der Aktion

Namibia ist ein Unterzeichner eines Vertrages, vom Weltgipfel-Erklärung der Aktionsplanung. Es wurde ein Aktionsprogramm ausgearbeitet und angenommen, der auf die folgenden Ziele gerichtet ist:

Hauptziele

Die größeren Ziele, die vom PHC angesprochen werden, sind wie folgt:

- * zwischen 1990 und dem Jahr 2000, Reduktion von Säugling- und Kindersterblichkeitsrate (unter 5 Jahren), bis zu einem Drittel von 50 und 70 von 1000 Lebendgeburten oder auch weniger
- * Senkung der Sterblichkeitsrate der von 50% pendelt sich 1990 ein
- * Reduktion schwerwiegender und gemäßigter Unterernährung bei Kindern unter 5 Jahren von 50% bis 1990 ebnen und gegen die Ausmaße des Problems Mikronährstoffmängel geeignete Maßnahmen ergreifen

Unterstützende Ziele

- * verkleinern Sie die Morbidität und Sterblichkeit bei Kindern im Hinblick auf sechs Hauptkrankheiten, d.h. die Masern, den Wundstarrkrampf, die Tuberkulose, der Keuchhusten, Polio und die Diphtherie durch Impfung von mindestens 90% von Kindern unter einem Jahr, bis zum Jahr 2000
- * Entfernen Neugeborenenwundstarrkrampf durch Impfung von mindestens 95% der schwangeren Frauen mit TT bis 1996, und durch Förderung sauberer und sicherer Leistungserbringung
- * Reduktion von 95% der Masernsterbefälle, und Reduktion von 90% der Masernfälle verglichen mit dem Stand der Masernimpfung von 1996 pendelt sich ein größerer Sprung zur Ausrottung der Masern auf lange Sicht ein
- * bedeutende Reduzierung der Poliofälle bis zum Jahr 2000 als einen Hauptschritt in Richtung der Ausrottung von Polio
- * verkleinern Sie Morbiditäts- und Sterblichkeitsrate der Diarrhöe-Krankheit um 30% beziehungsweise um 50%
- * Reduzierung von 30% der Sterblichkeitsrate auf akute Ateminfektionen von Kindern unter dem Alter von fünf Jahren
- * besondere Aufmerksamkeit auf die Gesundheit und Ernährung vom weiblichen Kind und auf schwangere und stillenden Frauen
- * Zugriff für alle Paare der Gemeinschaften auf Information und Einrichtungen, Schwangerschaften zu verhüten, die zu früh kommen, zu spät kommen, zu schnell hintereinander, oder zu viele
- * Zugang für alle schwangere Frauen zu pränataler Sorge, geschultes Personal während der Kindgeburt und Ratgeber für hohe Risikoschwangerschaften und Geburtshilfenotfälle
- * Reduktion des niedrigen Geburtsgewichts (2.5 kg oder weniger) oder weniger als 10%
- * Reduktion der Eisenmangelanämie der Frauen von 30% bis 1990
- * Reduktion der Jodmangel von 50% bis 1990 pendelt sich in allen endemischen Bereichen ein
- * Ausschaltung des Vitamins ein Mangel und seine Folgen einschließlich Blindheit
- * Ermutigung von mindestens 75% der Frauen, ihre Kinder für vier bis sechs Monate ausschließlich zu stillen und mit ergänzender Nahrung bis in das zweite Jahr
- * Wachstumsförderung und Überwachung werden bei Kinder unter 3 Jahren bei mindestens 75% von Kindern bis 1996 übernommen

- * befähigen Sie Gemeinschaften mit Wissen, Qualifikationen, Einstellungen und Werten, für die Verbesserung ihrer Lebensstile und ihren Gesundheitsstatus notwendig sind
- * errichten Sie ein nationales Informationssystem über den Gesundheitszustand mit interministerialer Hilfe und Managementinformationssystem das auf Gemeinschaften basiert

Zusätzliche unterstützende Ziele

In Namibia wurden zusätzliche Ziel dem ursprünglichen Gipfeltreffen hinzugefügt, und diese sind wie folgt:

- * Morbidität und Sterblichkeit von Malaria um 30% und 50% bis zum Jahr 2000 verkleinern
- * kontrollieren Sie die Ausbreitung von HIV und verkleinern Sie die Übertragung von HIV-Infektionen /AIDS auf Personen und Gemeinschaften
- * verkleinern Sie Morbidität und Sterblichkeit, die durch Tuberkulose verursacht sind, um 30% und 50% bis 1990

Sieben Betriebsprinzipien sind übernommen worden, um die Implementierung dieses nationalen Programms der Aktionen wie folgt durchzuführen:

- * ein auf Gemeinschaftsbasierter teilnehmender Ansatz mit einer Hervorhebung auf Haushalt und Gemeinschaftsbeteiligung und Ermächtigung der Armen, die zu gesteigerter Selbständigkeit führen
- * ein Problem zentrieren anstatt einem bereichsbezogenen Ansatz, wo alle relevanten Regierungsgebäude und alle staatlichen Organisationen (NGOs´) zur Lösung beitragen
- * Dezentralisierung der Regionen, der Bezirke und der Gemeinschaften
- * ein Fokus auf Deckung aller Gemeinschaften mit erschwinglichen und passenden Programmen mit bestimmtem Hauptgewicht für benachteiligten Gruppen
- * Konvergenz und Integration von Leistungen durch Mechanismen für branchenübergreifende Kooperation auf allen Ebenen
- * bauen Sie adäquate Kapazität für das planen auf und implementieren Sie Schlüsselprogramme, überwachen und werten Sie diese aus
- * besondere Aufmerksamkeit für die Situation von Mädchen und Frauen

2.2 das nationale Programm der Aktion

Die Gemeinschaft gegründete Gesundheitspflege in Namibia ermöglicht dem Gesundheits-Sektor, eine Gemeinschaft zu entwickeln und zur Bestimmung des grundlegenden Gesundheitswesens zu den Gemeinschaften mit ihrer aktiven Teilnahme sich besonders zu nähern. Zusätzlich fördert sie intersektorale Zusammenarbeit auf den Gemeinschafts-, Bezirk, regionalen und nationalen Niveaus, um Verdopplung der Bemühung zu vermeiden und den Gebrauch von den knappen vorhandenen Betriebsmitteln zu maximieren.

Das nationale Programm der Tätigkeit hat sechs Programmbereiche ausgearbeitet, in denen es um die Notwendigkeit an der wirkungsvollen intersektoralen Zusammenarbeit und an der aktiven Gemeinschaftsteilnahme geht. Diese Bereiche sind wie folgt:

- * Hauptgesundheitsversorgung

- * Ernährungs- und Haushaltsnahrungssicherung
- * Wasser und Kanalisation
- * frühe Kindheitsentwicklung, Grundschulung und Fähigkeit lesen und schreiben zu lernen
- * Kinder in besonders schwierigen Umständen
- * Förderung von Frauen

In der Implementierung der Hauptgesundheitsstrategie wird es erwartet, dass im nationalen Programm der Aktionen die angesprochenen Betriebsprinzipien vollständig in die verschiedenen PHC Aktivitäten integriert werden, die zwangsläufig bedeutend in Richtung Erreichens der Gipfeltreffenziele beitragen.

2.3 Erleichterung und Implementierung von PHC/CBHC

Der Präsident verlangte in seiner Eröffnungsrede gesteigerte Branchenübergreifende Zusammenarbeit und aktive Gemeinschaftsbeteiligung an Gesundheit und Entwicklung. Der Präsident erklärte:

"Es ist wichtig, zu bemerken, dass Hauptgesundheitsversorgung unterschiedliche Eingriffe in die Verbesserungen bezüglich Ernährung, sicherer Wasserversorgung, gemeinschaftliche Krankheitskontrolle, adäquate Unterkünfte und Kanalisation unter vielen Anderen beinhaltet. Hauptgesundheitsprogramme können nicht wirksam implementiert werden, von Arbeitern des MOHSS alleine. Arbeiter aus anderen Bereichen der Wirtschaft müssen mit einbezogen werden und vollständig daran teilnehmen, Hauptgesundheitsstrategieprogramme zu formulieren, angefangen mit der Planungsstufe und bis hin zu der Überwachung und den Auswertungsphasen."

PHC Ansatz seit ALMA ATA

Hauptgesundheitsversorgung (PHC) ist kein neuer oder radikaler Begriff noch ist Gesundheit für alle (HFA). In *Alma Ata, UdSSR* im Jahr 1978, war die internationale Konferenz über PHC, eine Antwort auf die verbreitete Verzweiflung über Ungleichungen im Gesundheitsstatus und Zugriff auf Gesundheitssysteme. Gesundheitsexperten und Regierungsleiter haben lang gewusst von dem Kapital vom Liefern des Gesundheitswesens und von der Bedeutung von Branchenübergreifender Zusammenarbeit und Multidisziplinäranatz für Gesundheit. Versuche sind gemacht worden, um Einrichtungen, Verwaltung und Verantwortung zu dezentralisieren. Versuche wurden unternommen, die mütterlichen Kindergesundheits- (MCH) Versorgung zu integrieren, die Verwendung von mobilen Kliniken und der Hintergrund von lokalen Gesundheitsausschüssen oder Ausschüsse, um mit lokalen Gesundheitsinstitutionen zu arbeiten, aber einige Beispiele für die Versuche überschrieben die Jahre vor der *Alma Ata* Konferenz, um Fortschritte in Richtung Gesundheit für alle zu machen. Aber es war in Konsolidierung von diesen Bemühungen, dass verschiedene Experten und Regierungsleiter bei *Alma Ata* zusammentraten.

An der Konferenz legte sich die Weltgemeinschaft auf das Erreichen eines Gesundheitsstatus fest für ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben. Es wurde aufgezeichnet, dass Gesundheit ein nicht zu lieferndes Erzeugnis, sondern eine Qualität des Lebens ist. PHC wurde als der praktischste Ansatz beim Erreichen dieses allgemeinen Ziels betrachtet.

PHC ist auf Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung ausgerichtete Grund-, essentielle Gesundheitsversorgung. Die Dienstleistungen werden universell verfügbar, zugänglich, erschwinglich, akzeptabel und angemessen zum Bedarf der Gemeinschaft gemacht.

PHC kann nur erreicht werden, wenn die Gemeinschaft aktiv an Beschlusserfassung, Planung, Implementierung, Überwachung und Auswertung der Aufschläge beteiligt wird. Der PHC Begriff hängt nicht nur von Gesundheit ab, sondern auch von den Regierungsgebäuden auf einer Menge Input von anderen Sektoren und daher der Bedarf nach Branchenübergreifender Zusammenarbeit mit dem PHC.

PHC spricht die eigentliche Grundlage und den Grundbedarf von Wasser, das Unterkunft, die Nahrung, Umgebungskanalisation, die Kontrolle von übertragbaren Krankheiten an und vor allem ist es mit der Gesundheit von verwundbaren Gruppen in der Gemeinschaft, den Müttern und Kindern beschäftigt. Es zielt darauf ab, den Gesundheits- und Entwicklungsstatus der Bevölkerung zu verbessern. Deshalb müssen die Einrichtungen, die diesen Grundbedarf decken verfügbar, zugänglich und akzeptabel sein und für die meisten Menschen erschwinglich.

Prinzipien von PHC/CBHC

PHC hebt deshalb drei Grundprinzipien hervor:

*** Beteiligung, Zusammenarbeit, Angemessenheit**

Gemeinschaftsbeteiligung, Branchenübergreifende Zusammenarbeit, entsprechende Technik und Personalorientierung und Training sind Schlüsselstrategien. Dieser Ansatz zur Gesundheit und Entwicklung erfordert einen Transfer von entsprechender Technik und Information zu den Gemeinschaften. Auf solch eine Weise kommen die Leute dazu mit ihren eigenen Gesundheitsproblemen umzugehen, oder wenigstens ein Steuern auf Strategien um ihre Gesundheitsprobleme zu bearbeiten. "Ermächtigung" ist das Schlüsselwort.

*** Selbstvertrauen**

PHC/CBHC muss die Selbständigkeit der Leute fördern, und breiteste Möglichkeiten erstellen um ihr volles Potential zu realisieren. Dass die Leute selbst beides sind, Aktivisten und Hauptnutznießer.

*** Verbesserte sozial-ökonomische Konditionen, Armutsausschaltung, Gleichheit**

Dass die Förderung der Gesundheit im Allgemeinen vom Verbessern der sozioökonomischen Bedingungen und von der Beseitigung der Armut und der Entwicklung abhängt. Dass die Betriebsmittel, die für ein Land vorhanden sind, auf die Bevölkerung gerecht verteilt werden müssen, um einen Prozess der Sozialentwicklung zu erhöhen und beizubehalten besonders zu den Unterprivilegierten (die arme Mehrheit der Gesellschaft).

2.3.1 Rolle des MOHSSs und die Struktur

Allgemeine Struktur des MOHSSs: Hierarchie- und Richtlinien

Einleitung

Die Struktur einer dynamischen Organisation beinhaltet die Notwendigkeit biegsam zu sein, weil sie Änderungen im Allgemeinen und Änderungen im Wandel der Zeit durchmachen muss und Prioritäten den Umständen nach gemacht werden müssen.

In der unmittelbaren Nachunabhängigkeitszeit sollten die Prioritäten des MOHSSs das zuvor ethnisch zerstückelte Gesundheitssystem in ein nationales Gesundheitswesen integrieren, das entlang Hauptgesundheitsprinzipien geführt wird.

Dieses wurde durch die Kreation eines einzelnen starken MOHSS Hauptbüros und die Einrichtung eines hohen angetriebenen Direktorats PHC auf dem zentralen Niveau sowie die Rationalisierung des Gesundheitswesens auf dem regionalen Niveau unter einem einzelnen Direktor in jeder der 4 Regionen und die Lagebestimmung des Gesundheitswesens auf allen Niveaus vom zentralen Niveau durch zu den regionalen und Bezirk Niveaus, zur PHC Annäherung erzielt.

Eine MOHSS Struktur, die diese Prioritäten anspricht, wurde deshalb ausgeführt und implementiert. Sie war jedoch nicht lang, bevor Mängel an der Struktur offensichtlich wurden.

Mängel der alten Struktur

Sie wurde offensichtlich, dass die Mehrfachleitungen der Kommunikation zwischen der Mitte und dem anderen Bereichen zugelassen wurde. Zwangsläufig bedeutete dies, dass sich die Verantwortungen überschneiden. Die lästigste Überlappung war zwischen PHC und Pflegeleistungen, obwohl es auch Überlappung zwischen spezialisierten Leistungen und Pflege und zwischen Logistik und Funktionen von anderen Aufsichtsräten und Verwaltungsunterstützungseinrichtungen gab. Funktionen die überlappten, machten den Eindruck, dass die zentralen Ebenen überbesetzt waren, und durch Summieren von knappen Qualifikationen schwächte den regionalen Rang des Gesundheitssystems.

Vielleicht die deutlichste Lücke in der alten Struktur war im Bereich allgemeiner Politikentwicklung, Analyse und Planung und schloss Humankapitalplanung, die Verwaltung und Koordination des externer Hilfe, Gesundheitssysteme ein erforschten die Überwachung von Qualität. Diese Funktionen wurden teils von einem Ausschusssystem ausgeführt, aber zogen Mängel nach sich:

Der Ausschuss ihm fehlte ein Sekretariat für Implementierung seiner Entscheidungen und musste sich auf die Unterstützungsmitarbeiter der verschiedenen vorhandenen Aufsichtsräte verlassen, die Prioritätsinteresse an ihren konventionellen Bereichen der Arbeit hatten.

Die Ausschüsse selbst waren zerstückelt, z.B. Humankapital war getrennt vom planen und ließ Lücken, in Bezug auf bestimmte Hauptprobleme, z.B. Blutkoordination, Qualitätssicherung, Gesundheitssystemforschung usw.

Die neue Struktur

Um diese Mängel zu korrigieren, musste eine neue Struktur entwickelt werden. Eine größere Priorität, die die neue Struktur würde ansprechen müssen, war die Notwendigkeit, sicherzustellen, dass das Gesundheitssystem in der Lage war, ein umfassendes integriertes Gesundheitswesen basierend auf Hauptgesundheitsversorgung zu liefern. Zu diesem Zweck wurden zwei konsekutive Besprechungen in *Otjiwarongo* im September 1992 abgehalten, um eine entsprechende erleichternde Struktur auf Beschränkungen zu integrierter Gesundheitsversorgungserbringung zu beraten und zu entwickeln.

Die Beratungen wurden von Schlüsselvertretern des von den Zentralen, Regionalen gezogenen MOHSSs und Bezirksebenen besucht. Beratungen zogen die Schaffung von dreizehn politischen Verwaltungsregionen, die dem nationalen Eingrenzungsprüfablauf folgten, wie auch die Notwendigkeit, sicherzustellen, dass die allgemeine Struktur des MOHSSs regionale Strukturen reflektiert, die mit den neuen politischen Verwaltungsregionen übereinstimmen, in Betracht. Am Ende der Beratungen, einer hierarchischen Struktur, das 4 Zonenbüros aufzeichnete, die den Voreingrenzungsregionen und 13 Unterregionen entsprachen, die der neuen Nacheingrenzung entsprachen, wurde sich auf politische Verwaltungsregionen geeinigt.

Anschließend Beratungen auf der zentralen Ebene lenkten die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit, Standardnomenklatur zu warten, die mit dem Begriff von 13 politischen Regionen, auf die bei der Gesundheit Sektor allein nicht als Unterregionen verwiesen werden konnte, folgerichtig war. Deshalb waren die gewesenen Zonenbüros damit einverstanden, bei *Otjiwarongo* bestimmte regionale Aufsichtsräte einzuführen, während die 13 Unterregionen passend als einsatzfähige Regionen umbenannt wurden.

Die hierarchische Struktur des MOHSSs ist deshalb jetzt wie folgt:

Zentraler Stufe	MOHSS Hauptsitz
Regionale Stufe	4 regionale Gesundheitsaufsichtsräte
buchen	13 einsatzfähige Gesundheitsregionen, die den 13 Neuen entsprechen, Eingrenzung, politisch und administrativ Regionen
Bezirk Stufe	34 Gesundheitsbezirke

Die neue Struktur des oben gegebenen MOHSSs wurde im Jahr 1993/94 genehmigt und ist in ihren Stufen in der Implementierung. Die aktuelle Situation wie beschrieben verknüpft zuvor deshalb hauptsächlich die Probleme, die sich als Folge der alten Struktur ergaben, und die derzeit behoben werden. Die Schilderung unten gibt deshalb auch die Begründung hinter dem Entschluss, sich vom alten Muster auf die zentrale Ebene hin sich zu der neuen zu bewegen.

Die zentrale Stufen

Leitung	dauerhafte Sekretärin
Stellvertretung	stellvertretende dauerhafte Sekretärin
2 Abteilungen, die geleitet	Gesundheitsversorgung pflegt Planung und Verwaltungsunterstützungseinrichtungen von Sekretärinnen

5 Aufsichtsräte PHC und Pflege warten
 Spezialisierte Einrichtungen
 Planung und HRD
 Verwaltung
 Soziale Einrichtungen

Leitung Direktoren

Die verschiedenen Abteilungen unter den Aufsichtsräten werden oben beschrieben werden unten angegeben. Die meisten Abteilungen werden von einem stellvertretenden Direktor geleitet.

PHC und Pflegeaufschläge

Familien- und Gemeinschaftsgesundheit
Epidemiologie und öffentliche Gesundheit
Pflegeaufschläge

Spezialisierte Aufschläge

Windhoek Zustandskrankenhauskomplex
Pharmazeutische Einrichtungen
Laboraufleistungen
Röntgenleistungen
Orthopädische Werkhallen

Planung und HRD

Planung
HRD (Humankapitalentwicklung)

Verwaltung

Finanzen
Hilfsverb
Personal

Soziale Aufschläge

Professionelle soziale Leistungen

Soziale Einrichtungsverwaltung

Namibia hat signifikante Schritte beim Umwandeln seines Gesundheitssektors seit der Unabhängigkeit gemacht, der einer klaren Grundsatzerklärung der Unabhängigkeit folgt, die dieselben Ziele äußerte. Auf Grundlage von der Hauptgesundheits Sorge vor der Unabhängigkeit sind Ungerechtigkeiten (ethnisch und geographisch) im Wesentlichen entfernt oder sehr verkleinert worden. Einige Krankenhäuser sind abgeschlossen worden, wo ihre Einrichtungen verschwenderisch überlappten. Neue Gesundheitsfunktionen sind aufgebaut worden und werden immer noch aufgebaut, und die Erweiterung von alten Funktionen ist in

zuvor unterversorgten Bereichen konzentriert worden. Gesundheitsprioritäten sind für die ganze Menge aufgrund Krankheitsepidemiologie definiert worden, und Präventivansätze sind hervorgehoben worden. Viele Gesundheitsarbeiter sind an diesen neuen Gesundheitsprioritäten orientiert worden, und die neue Struktur basierend auf Bezirken und Regionen nimmt ihre Funktion allmählich an.

Diese Erfolge aufrecht zu erhalten, erfordert kontinuierliche Wachsamkeit. Gesundheitssysteme überall demonstrieren eine innere Tendenz für Ressourcenstau in nationalen ebenen Institutionen mit einem Verzerren von Humankapital, Qualifikationen, Finanzen und Geräten in Richtung der Hauptkostenstellen. Namibias neue Erfolge aufrechtzuerhalten, erfordert eine verbesserte Kapazität für das Sicherstellen, dass Gesundheitsressourcen aller Typen in Prioritätsbereichen beibehalten werden.

Berichtlinien

Berichtlinien sollen durch den allgemeinen Kopf einer Abteilung an den Hauptsitz und von der nächsten Abteilung weiter geleitet werden, z.B. der regionale Direktor, an die Sekretärin, an das Gesundheitswesen und an den Hauptleiter

Funktionen der Zentralen Bereiche

Im Allgemeinen können die von der zentralen Ebene ausgeführten Funktionen unter zwei Haupt-Überschriften gezeigt werden:

- * Leistungshilfsfunktionen
- * Verwaltungsunterstützungsfunktionen

Leistungshilfsfunktionen

Diese sind institutionell gegründet und verknüpfen hauptsächlich Pflege von Patienten und Schulungspläne, die bei der Zentrale verfügbar sind.

Einrichtungen, die vom nationalen Krankenhaus in Namibia, d.h. der *Windhoek* State Hospital Complex gemacht werden, sind wie folgt:

- * spezialisierte Diagnoseprogramm- und Fallmanagement, die erbracht werden:
- * Fachleute wie Kinderärzte, Ärzte, Geburtshelfer und Gynäkologen und allgemeine Chirurgen. Leistungen von Herzgefäß-Chirurgen, Neurochirurgen und plastischen Chirurgen werden auf einer Besuchsbasis erbracht
- * Fachunterstützungs-Teams für die Oben genannten wie in intensive Sorge, OP-Räume
- * Spezielle technische Mitarbeiter, die einen vollen Bereich des Diagnoseprogramms liefern, warten die medizinischen Laborleistungen, radiologischen Untersuchungen, Kernmedizin usw.
- * die Fachmitarbeiter, die einen großen Bereich der Fallverwaltung liefern, warten z.B. Pharmazie, Rehabilitation usw.

Training

Dies beinhaltet, dass Grundlage für registrierte Krankenschwestern und paramedizinische Berufstätige, Grundbasis für Praktikanten, Registrare und Grade, Bescheinigung oder Diplombescheinigungen für Pflege- und paramedizinischen Berufe, innerbetriebliches Training für alle Gesundheitsarbeiter. Es schließt auch Verbindungen mit der Universität und regionalen Krankenhäusern und dem Hintergrund von Standards und Behandlungsprotokollen für Qualitätssicherung ein.

Verwaltungsunterstützungsfunktionen

Das Gesundheitssystem auf der zentralen Ebene ist für allgemeine politische Führung auf strategischer Abwicklung im Gesundheitssektor verantwortlich. Es liefert auch technische Unterstützung und Anleitung auf der Umsetzung von der Gesundheitspolitik, seiner Überwachung und Auswertung. Eine Politikplanung (PPCC) und Koordinationssystem „**Co-ordinating Committee**“ deren Vorsitz von der ehrbaren Gesundheitsministerin und den sozialen Einrichtungen geführt wird, und die oberste Gesundheitspolitische Formulierung, die oberste Rezension und das oberste Überwachungsorgan vom MOHSS. Sofort danach ist das PPCCs Politikverwaltungsabwicklungsrezensionsausschuss **Policy Management Development Review Committee** (PMDRC), bei dem der Vorsitz von der Sekretärin geführt wird. Das PMDRC überwacht und überprüft Gesundheitsprogrammabwicklung, um Einhaltung der Gesundheitspolitik sicherzustellen, wie von der Gesundheitsministerin festgehalten.

Zusammen mit der politischen Funktion werden acht größere Kategorien von Verwaltungsfunktionen wie folgt identifiziert:

- * Leistungen planen
- * Haushaltsplan und Finanzverwaltung
- * Personalverwaltung
- * Informationen und Berichte
- * Humankapitalabwicklung und Verwaltung
- * Überwachung
- * Logistik und Lieferung
- * Standardhintergrund und Qualitätssicherung

Die **Bereitstellung von Einrichtungen** und Hauptausrüstungen für Service-Implementierung ist auch eine zentrale ausgerichtete Schlüsselfunktion.

Service-Planung schließt die Kennzeichnung der Service-Prioritäten und der Priorität Gruppen und die Artikulation von politischen Richtlinien mit ein, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen. Eigenkapital ist als eine größere politische Sorge in Namibia eingeführt worden. Programmprioritäten sind definiert worden, um Nahrung und Ernährung, sicheres Wasser und eine gesunde Kanalisation einzuschließen, Gesundheit von Mutter und Kind, Impfmaßnahmen gegen größere Infektionskrankheiten, Orale Gesundheit (Zahnhygiene), geistige Gesundheit, Gesundheitsschulung und das Stärken von Programmen, um größere Übertragungen von Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose und AIDS und andere Geschlechtskrankheiten zu bekämpfen.

Etat und Finanzverwaltung bezieht die Voraussage der wahrscheinlichen Einkommen und Aufwendung Niveaus für Gesundheit und den Gebrauch von klaren Kriterien mit ein, Betriebsmittel Programmen und Regionen in einer Weise zuzuteilen, die die angegebenen

Gleichen und Prioritäten benötigt. Haushaltmäßige Unterstützung für PHC Dienstleistungen ist eine Priorität in Namibia. Der Beratung Prozess während des jährlichen Haushaltskreislaufs erfordert die Miteinbeziehung aller Werte. Der Beratungsprozess während des jährlichen Wirtschaftsplanungsumlaufs erfordert die Beteiligung aller Ebenen.

Personalverwaltung schließt Richtlinien über Termine, Versendung, Förderung, Karriereabwicklung und Auswertung aller Kategorien von den Mitarbeitern ein.

Information und Berichte deckt Unterstützung für und Verwendung von routinemäßigen statistischen Systemen, Morbidität und Sterblichkeit, Einnahmen und Ausgaben und die Zusammenfassung dieser Daten, um die Ebenen der Gesundheit zu senken. Nationale Gesundheitsgutachten zu leiten, um Informationslücken über Gesundheitsbedarf in Namibia auszufüllen, ist eine Priorität.

Humankapitalentwicklung deckt Vor und innerbetriebliche Trainingsstrategien und das Saldieren von Humankapitalanforderungen mit der Versorgung. Training für alle Kategorien von Gesundheitsarbeitern ist eine nationale Priorität.

Überwachung bezieht sich auf die Rezension und das Stärken von Aktivitäten und Unterstützung von Personal auf der regionalen Ebene und diese zu verbessern.

Logistik und Lieferung verknüpft mit der nationalen Rolle beim Auswählen, dem Beschaffen, dem Lagern und dem Verteilen von Waren und Versorgungsmitteln wie Pharmaka, Fahrzeugen, medizinischem Gerät und Geschäften. Die Verbesserung von Transportleistungen, um PHC Programme zu unterstützen, ist eine Priorität in Namibia.

Normenhintergrund und Qualitätssicherung. Es gibt Notwendigkeit, Standards einzustellen, die Qualität zu überwachen der Leistungen im Gesundheitssektor. Dies sollte eine der Schlüsselfunktionen der zentralen Ebene werden. Es muss hervorgehoben werden, dass Qualität in der Leistungserbringung des Gesundheitswesens kritisch ist, wenn sie einen Aufschwung der Gesundheit in der Bevölkerung erreichen soll. Zu diesem Zweck ist Qualitätssicherung für Gemeinschaften mit einem schlechten Niveau der Gesundheit am lebenswichtigsten.

2.3.2 Branchenübergreifender Austausch

In PHC ist es inbegriffen, dass Gesundheit das Ergebnis der allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Abwicklung der Gemeinschaft ist. Der Gesundheitssektor, alleine mit seiner Hervorhebung auf Funktionen und Gesundheitsbereitstellern, kann den Gesundheitsstatus einer Gemeinschaft nicht ändern. Er kann nur auf eine beschränkte Weise zu den unmittelbaren Ursachen für Sterblichkeit und Morbidität antworten. Es sind andere Sektoren, die in der Lage sind, von zugrunde liegenden Ursachen zu handeln, und die breiteren Aspekte der Gesundheit und Abwicklung und Linderung von Armut und Mängel.

Der Gesundheitssektor hat die Verantwortung, als Interessensgruppe zu wirken und den Prozess der Koordination einzuleiten, / Kollaboration mit anderen Sektoren/Agenturen und NGOs. Praktisch alle Sektoren haben spezifische Beiträge in Richtung Gesundheit.

2.3.3 Faktoren, die branchenübergreifende Kollaboration behindern

- * Bürokratie
- * Mangel an einem gemeinsamen Verständnis der PHC/CBHC Begriffe unter Parteivorsitzenden.
- * Mangel an Strukturen für Koordination unter verschiedenen Sektoren
- * Mangel an Koordination innerhalb verschiedener Sektoren, z.B. MOHSSs (Kanalisation, öffentlichen Gesundheit, usw.)
- * Mangel an Dezentralisierung
- * arme Ressourcenzuteilung und Verwaltung
- * das Überlappen von Rollen von Regierungsgebäuden, die zu Verdopplung und Zwietracht führen
- * arme Praxis- und Rollenmodellierung von Branchenübergreifender Zusammenarbeit auf nationaler Ebene

Mechanismus für ermutigende branchenübergreifende Zusammenarbeit

- * Bildung von bereichsbezogenen Ausschüssen und Gemeinschaftsebenen, die auf verschiedenen funktionellen Ebenen planen
- * Informationsaustausch und Wechsel durch Mitteilungsblätter, Besprechungen
- * Seminare, die Leuten zusammen bringen
- * PHC - vierteljährliche Besprechungen mit Staatsangehörigem pendeln sich ein und schließen alle Regierungsgebäude ein
- * Branchenübergreifende Training von TOF, TOT und branchenübergreifendes Bewusstseinsworkshops

Dezentralisierungs- und Bezirksfokus

Die Strategien des PHC's wie branchenübergreifende Zusammenarbeit und Gemeinschaftsbeteiligung schlagen vor, dass diese nur auftreten können, wenn die Dezentralisierung der Behördenformen der Regionalen und Bezirksebenen. Ohne Dezentralisierung kann es wenig Verpflichtung zum Konzept von PHC/CBHC geben, der ein Prozess ist, der mit Peripherie beginnt. Angenommen, jede Gemeinschaft ist einzigartig, muss der Bezirk die Berechtigung haben, auf diese Einzigartigkeit zu reagieren, indem er den Gemeinschaften ermöglicht, ihre eigenen CBHC Programme zu entwickeln. Folglich sollte der Fokus das Aufbauen der Bezirk und Vor-Bezirk Bereichen für PHC/CBHC Implementierung sein. In dem Augenblick als, diese Unterteilungen hypothetisch sind, sollten Bemühungen gemacht werden, um sie zu erzielen. Die Gemeinschaftsebene zu erreichen, ist leichter durch Unterteilungen. Für die Zwischenzeit genügen die Regionen und die "Gesundheitsbezirke" „**health districts**“ als die Funktionseinheiten. Die Krankenhäuser und Ärztezentren in einem Bezirk sind Teil eines neuen Begriffs eines "Bezirkssystems basierend auf Hauptgesundheitsversorgung." (**District System based on Primary Health Care**“). Der Bezirk ist die wichtigste einsatzfähige Einheit für Gesundheitsentwicklung. Die Definition, die von WHO gegeben wird, ist dass "ein Bezirk Gesundheit System, das auf Primärgesundheitspflege basiert, mehr oder weniger selbständiges Segment des Gesundheitssystems ist. Sie enthält in erster Linie eine gut definierte Bevölkerung und lebt innerhalb eines offenbar abgegrenzten administrativen und geographischen Bereichs, ob städtisch oder landwirtschaftlich. Es schließt alle Anstalten und Einzelpersonen mit ein, die Gesundheitspflege im Bezirk zur Verfügung stellen, ob die Regierung betreffend, Sozialversicherung, nichtstaatlich, privat oder traditionell. Ein Bezirk Gesundheit System

besteht folglich aus einer großen Vielzahl der zusammenhängend Elemente, die zur Gesundheit in den Häusern, Schulen, Arbeitsplätzen und in den Gemeinschaften, durch die Gesundheit und andere in Verbindung stehende Sektoren beitragen.

Es schließt Selbstsorge und alle Gesundheitssorgenarbeiter und Funktionen bis zu und einschließlich der Krankenhäuser auf der ersten Empfehlungsebene und dem entsprechenden Labor, anderem Diagnoseprogramm und logistischen Unterstützungsservices ein. Seine Komponentenelemente müssen gut von einem dieser Funktion zugeordneten Offizier koordiniert werden, um all diese Elemente und Institutionen in einen vollständig umfassenden Bereich von promotive, Präventiv, Heilmittel und Rehabilitationsgesundheitsaktivitäten zusammenzuziehen." Dezentralisierung der Beschlussfassung durchdringt weiter als zur Bezirksebene und zur Gemeinschaftsebene, weil Gemeinschaftsmiteinbeziehung bedeutet, dass die Gemeinschaft für Planung und Beschlussfassung als Teil des Besitzens eines Programms für ihre eigene Entwicklung verantwortlich ist.

Damit Dezentralisierung sinnvoll ist, muss sie beinhalten dass ein Etat vorhanden ist und Entscheidungen am Ort getroffen werden können. Es ist auf der lokalen Ebene, dass Ressourcen von verschiedenen Sektoren am wirksamsten koordiniert werden können, um der Lösung einiger Gemeinschaftsprobleme zu helfen - daher sind verschiedene Sektoren in der Lage, lokale Entscheidungen zum Gebrauch ihrer Ressourcen zu treffen. Grundsatzbeschlüsse sind erforderlich.

Gerechte Hilfsmittel-Verteilung und Zuganges

Primärgesundheitspflege erkennt, dass ungleiche Verteilung und schlechter Zugang zu den Betriebsmitteln eine negative Auswirkung auf Gesundheitszustand hat. Beweis ihrer Verschiedenheit wird durch die unterschiedlichen Anzeigen der Gesundheit wie Eingang, Unterernährungsrate der Mütter unter den Rassen- und der Einkommensgruppen der Regionen gezeigt. Diese Eigenschaften beeinflussen den Zugang. Verteilung und Zugang reflektiert die Stärke von Sozialgerechtigkeit innerhalb eines Landes. Sozialgerechtigkeit ist ein Pfeiler der Primärgesundheitspflege. Historisch war Apartheid in Namibia der Pfeiler von sozialer Ungerechtigkeit. Apartheid rationalisierte die Ablehnung des Zugriffs auf Ressourcen für die Mehrheit der Menge. Das MOHSS in seiner Grundsaterklärung hat eine soziale Gerechtigkeitsposition übernommen, dass Gesundheit ein Grundmenschrecht ist.

Gesundheit als Recht wird nur Wirklichkeit, wenn Betriebsmittel gerecht d. h. geographisch, rassisch, kulturell und unter den unterschiedlichen Kategorien verteilt werden.

Ressourcen, die zu Gesundheit beitragen, werden nicht auf Gesundheitsfunktionen und Personal begrenzt, aber schließen andere Sektoren wie Lehranstalten ein, Wasserstellen, Veterinärservices, Kreditmodalitäten, den Transport, Straßen usw..

In Anbetracht der Frage des Zugriffs müssen speziell verletzbare Gruppen besondere Aufmerksamkeit erhalten.

Genus

In vielen Gesellschaften wird Frauen der Zugriff auf Ressourcen versagt, häufig mit ungünstigen Gesundheitsfolgen für sich und ihren Kindern. Einstellungsänderungen und entsprechende verfassungsmäßige Ergänzungen sollten die ersten Stufen in Richtung Nachlieferung von Gerechtigkeit an Frauen (in Namibia garantiert die Verfassung Gleichheit für Frauen) formen.

Verwundbare Gruppen in der Gesellschaft müssen identifiziert werden, so dass bewusste Versuche in Richtung Zuordnung und des Umleitens von Ressourcen für sie gemacht werden. Schwangere Frauen, Kinder unter fünf, die Invaliden und Älteren sind unsere unmittelbare Sorge.

Gestreute Bevölkerung

Namibia ist in seiner Größe gewaltig, die Population aber eher gering. In Folge von Kolonisation, Apartheid und Landverwendung gibt es viele Bereiche, wo die Menge spärlich ist. Dies bringt die Frage ökonomischer Machbarkeit eines konventionellen Gesundheitsmodells zu einer spärlichen und verstreuten Menge auf. Der logische Ansatz dazu, dieses Problem anzugehen, ist Hauptgesundheitsversorgung und besonders die Ausschmückung vom Gemeinschaftsbasierte Gesundheitsversorgungsansatz.

Das Ziel einer gesunden sozialen Umgebung für alle Namibier bis zum Jahr 2000 ruhte auf der Ausgabe des Eigenkapitals von Ressourcenverteilung und Zugriff.

2.3.4 Bewusstsein, Sensibilisierung und Ermächtigung

PHC/CBHC ist ein neuer Ansatz zum Verständnis, und Implementierung der Gesundheit, aus diesem Grund kann kein Erfolg kommen ohne einen Prozess des Wachsen vom Bewusstseins und Sensibilisierung. Diese Aktivität muss als erstes an das Personal des MOHSSs gerichtet werden - Doktoren, Krankenschwestern, andere technische Angestellte und Verwaltungsbeamte in nationalen, regionalen Bereichen und Bezirken.

Zweitens zum Personal anderer, dessen Tätigkeiten den Ministerien direkt oder indirekt zur Gesundheit beitragen. Drittens zu den Gemeinschaften selbst, die in allen Aspekten die Hauptchauspieler in Richtung ihrer Gesundheit Situation direkt oder indirekt sein sollten.

Information, Schulung und Kommunikation

Der wichtigste Aspekt der Hauptgesundheitsversorgung ist, Information zu erschließen, die für Gemeinschaftsbedarf und entsprechende Medien für das Übermitteln dieser Information relevant ist. Durch die psycho-soziale Methode ist Dialog zwischen Teilnehmern, der Gemeinschaft und den Vermittlern sehr verbessert. Weil es von der Erfahrung jeder Person gezogener Informationsaustausch ist, tritt ein Lernprozess auf.

Ausbildung ist ein ausgedehnter Prozess, der Wissen und Haltung in ein Muster des Verhaltens umwandelt. Gesundheit Ausbildung zielt spezifisch auf die Änderung des Verhaltens und des Lebensstils durch eine Vielzahl der Methoden und Situationen zu lernen und die gewünschten positiven Veränderungen angenommen werden. Verbreitung der Gesundheitsschulungen der Tatsachen und des Wissens kann durch zahlreiche Weisen einschließlich der folgende erzielt werden:

Das Regierungsgebäude von Information und Rundfunk in Namibia kann helfen, Information rasch und breit gestreut in verschiedenen Sprachen zu verbreiten.

Die Informationen, die Ausbildung und die Kommunikation Einheiten des MOHSS werden hergestellt, um Broschüren, Flugschriften, Module, Plakate vorzubereiten auf

Gemeinschaftsprioritätsthemen, z.B. TB, Immunisierung, Durchfallkrankheiten, sexuell übertragene Krankheiten einschließlich AIDS

UNICEF's "Fakten des Lebens" Buch, liefert Grundinformation, um Überlebens- und Gesundheitsentwicklung bei Kindern zu steigern.

Lehranstalten sind ein wichtiges Mittel von Informationsformulierung und Verbreitung. Schulkinder sind ein junges gefangenes Publikum, dessen Einstellungen leicht geformt werden können, wenn entsprechende Meldungen kreativ entwickelt übermittelt werden. Zum Beispiel hat in Uganda ein innen-politischer Aktionsausschuss einen Gesundheitsschulungslehrplan für Lehranstalten entwickelt. Der Lehrplan zielt auf Kinder im Kindergesundheitsschulungsprogramm, wo diese Andere Gesundheit lehren. Das Programm hat sich als ein großer Erfolg erwiesen. Die Kinder lehrten ihre Brüder und Schwestern schließlich auch zu Hause. Es kann sein, dass dieser Ansatz den Kindern hilft, an Gesundheitsaktion teilzunehmen. Dies ist in *Okakarara* in Namibia beachtet worden, wo Schulkinderkinder daran teilgenommen haben, die Umgebung zu reinigen.

Schulung von Frauen von äußerster Bedeutung beim Verbessern der Gesundheitspflege der Familie und der Gemeinschaft. Bildungsprogramme sollten an Frauen und jungen Mädchen gerichtet werden. Es wurde herausgefunden, dass Frauen organisierter in Gruppen waren, in jeder sozialen Gruppe oder jeder sozialen Einkommensgruppe. Diese Gruppen sind Foren für Informationsverbreitung.

Die Kirchen, Ladeninhaber und andere Gemeinschaftsgruppen sind wichtige Foren für Informationsverbreitung.

Information kann durch Lieder, Drama, Filme verbreitet werden, die von Gruppen wie Schulkinder, Kirchengruppen, die Gruppen der Gemeinschaftsgesundheitsarbeiter der Frauengruppen usw. aufbereitet und gezeigt werden.

Persönlich kontaktieren - persönliche Reden und Diskussion sind immer noch die wichtigsten Wege von Kommunikation und Transfer von Ideen. Schwestern in Kliniken und Besuche nach auswärts, Gesundheitsinspektoren sollten diese Methode verwenden, solange der Bildungsprozess von der psychologischen Methode Gebrauch macht.

Training der Vermittler (TOFs)

Training ist eine wichtige Vorbedingung zur Implementierung von PHC/CBHC in Namibia. Eine Kerngruppe von 27 Vermittlern sind für alle vier Regionen ausgebildet worden. Die Gruppe enthält regionale Koordinatoren und Bezirks-Inspektoren. Die vertretenen Ministerien und die Agenturen sind: Gesundheit, Landwirtschaft, Namibia Entwicklung, Namibia Tuberkulose-Vereinigung.

Trainingsinhalt

Das Training von Vermittlern ist ein Schlüsselement für das Einleiten der Einstellungsänderung in Richtung Gesundheit, und anderer Sektoren und der Gemeinschaft. Ohne diesen Prozess der Änderung werden die Vermittler der Gemeinschaften das Gesundheitsprogramm ihrer Gemeinschaft nicht bestimmen und kontrollieren und dementsprechend erfolglos sein.

Das Training von Vermittlern wird unterteilt in drei Phasen, und jede dauert eine Woche. Der Inhalt des Verlaufs ist wie folgt:

Phase 1

PHC/CBHC Begriffe

Begriffe von PHC/CBHC und die Anwendung der Begriffe in verschiedenen Gemeinschaften in Namibia. Die Begriffe beinhalten:

- * Gesundheit
- * Entwicklung
- * Beziehung zwischen Gesundheit und Entwicklung
- * Gemeinschaft und gemeinschaftsbasierte Aktivitäten
- * Gemeinschaftsbeteiligung
- * Methoden, Gemeinschaftsprobleme und Gemeinschaftsstärke und Potentiale zu analysieren, um die Probleme zu lösen
- * Methoden dafür, Gemeinschaftsnotwendigkeiten zu beurteilen und jene Notwendigkeiten zu verwenden, eine PHC/CBHC einzuleiten
- * Führungsstile, die für PHC/CBHC Programme geeignet sind
- * Wichtigkeit branchenübergreifender Kollaboration und Mechanismen, sie zu verbessern

Phase 2

Kommunikation und Training

- * pädagogische Methodenlehre für die Förderung des Lernens (psychosoziale Methode)
- * Prinzipien des erwachsenen Lernens einschließlich der Konzentration, Schwierigkeiten bei Kompetenz, basierter Lernansatz für Anfänger
- * das Lernen von Sitzungsplanungen und Entwicklung von Baugruppen für Training von Trainern und Gemeinschaft
- * Methoden, Schulungspläne auszuwerten
- * das Planen und das Führen von Werkhallen

Phase 3

Verwaltung des PHC/CBHC Programms

- * braucht Beurteilung (Grundspezifikationsgutachten)
- * festsetzen der Wichtigkeit von Bedarf
- * setzen von Programmziel
- * setzen von Programmzielsetzung
- * setzen von Programmstrategien
- * setzen von Programmaktivitäten
- * Implementierungspläne schreiben

Programmüberwachung und Einschätzung:

- * das Entwerfen von Anzeigern für Überwachung und Auswertung
- * Werkzeuge für Überwachung und Auswertung
- * Methoden für Datenanalyse

- * Verwendung von Überwachungs- und Auswertungsdaten für Programm überprüfen
- * entsprechende Informationssysteme für PHC/CBHC zu gestalten.
- * Anträge schreiben
- * Wirtschaftsplanungsprogramme

2.3.5 die Rolle der Krankenhäuser und der anderen Gesundheitsfunktionen und städtischen PHCs

Die Rolle des Gesundheit Service, wenn man die notwendige Sicherungsunterstützung zur Gemeinschaft gegründeten Gesundheitspflegetätigkeiten zur Verfügung stellt, kann nicht überbetont werden.

Aller Gesundheit Service einschließlich Krankenhäuser und Kliniken gibt Unterstützungsunterstützung der CBHC Tätigkeiten. Dieses schließt die hohen Nachfragen ein, die nach erhöhtem Gemeinschaftsbewusstsein über Gesundheit Probleme und resultierend aus der Arbeit des KORPS vorweggenommen werden, dessen Programm im Gesundheit Anlieferung System in zunehmendem Maße mit Zeit offensichtlich wird.

In Namibia hat eine Anzahl von Krankenhäusern zum Beispiel Ombalantu und Rundu im Norden das Training von Gemeinschaftsgesundheitsarbeitern und TBAs durch Liefern von Trainern wie auch Überwachungsunterstützung unterstützt. Sie müssen sich auch zunehmend an Sensibilisierung und Mobilisierungsaktivitäten von Gemeinschaften beteiligen.

Umorientierung von Gesundheitsarbeitern in PHC/CBHC

Umorientierung von Gesundheitsarbeitern, in PHC/CBHC Bewusstsein sowohl durch Workshops als auch Training ist eine Priorität. Dies schließt das Verständnis und die Anwendung von PHC Begriffen, Implementierungsprozessen und Verwaltung ein. Gesundheitsarbeiter erleichtern die Gemeinschaft beim Lösen ihrer eigenen Probleme zusätzlich zu der normalen heilenden Arbeit. Dieser Ansatz erfordert Wechsel der Einstellung vom Gesundheitsarbeiter vom Geber zu einem Vermittler von Gesundheit. Sofort auf das Training gerichtet werden die Oberinnen, Klinikleiter und Mitarbeiter Bezirk medizinische Offiziere, medizinische Kommissare und öffentliche Gesundheitsoffiziere. Diese Gruppe von Gesundheitsarbeitern sollten die Bezirksgesundheitsführungsteams schließlich bilden. Während der Umorientierung, wird mit Nachdruck auf die Fähigkeit der Gemeinschaft gelegt, ihre Schwierigkeiten zu lösen, um am Ort verfügbare Ressourcen zu verwenden.

Es gibt einige Bezirke, wo die Klinik- und Krankenhausmitarbeiter schon als Trainer für Gemeinschaftsgesundheitsarbeiter und TBAs trainiert worden sind. Diese schließen *Gobabis, Swakopmund, Mariental, Ongandjera, Onandjokwe, Rundu* und *Caprivi* ein. In solchen Gesundheitsfunktionen sollten schon geschulte Mitarbeiter jede Anstrengung machen, andere Gesundheitsarbeiter auf PHC Begriffen wieder zu orientieren.

Das Legitimieren und das Unterstützen der Empfehlungsrolle von Gemeinschaftsgesundheitsarbeitern

Gemeinschaftsgesundheitsarbeiter werden jetzt als ein integraler Bestandteil des Gesundheitssystems anerkannt, aber sie sind nicht Mitglieder des MOHSSs. Ihre empfohlene Rolle bei Gemeinschaftsmitgliedern, müssen die Achtung von Gesundheitsarbeitern fördern müssen, wird anerkannt sein. Ein für die beiden Kliniken und

Gemeinschaftsressourcenpersonen akzeptables funktionelles Empfehlungssystem wird dementsprechend entwickelt. Die Arten von erwarteten Empfehlungsgehäusen beinhalten:

Die hohen Risikofälle in Schwangerschaft von TBAs, die weitere Beachtung finden muss. In Fällen, die dem CHWs und den anderen CORPS bekannt sind, sind schlechte Qualifikationen aufgezeichnet.

städtische PHC

Städtische PHC erkennt, dass es spezifische städtische Probleme gibt, die nicht vollständig ohne die Beteiligung von sowohl der städtischen als auch vor-städtischen Gemeinschaften behandelt werden können.

Der Bedarf nach PHC in städtischen und vor-städtischen Bewohnern ist so ernst wie in ländlichen Gemeinschaften.

Es gibt zahlreiche Probleme im städtischen und Vor-Städtischen Bereich, die Folgendes einschließen:

- * Überfüllung
- * schlechte Kanalisation, keine Müllbeseitigung
- * Arbeitslosigkeit
- * Alkoholismus
- * Schwarzarbeit
- * nicht gut belüftete arme Unterkünfte
- * Verbrechen und Diebstahl
- * Wetten
- * illegale Schlachtungen
- * arme Straßen, mit Mangel an Planung
- * Mangel an sauberem Wasser

Diese Probleme sind dringend.

Vorzüge, im Stadt und Vor-Stadt Bereichen zu arbeiten:

- * kurze Anfahrtszeiten
- * Gemeinschaften leben eng zusammen
- * Gemeinschaftsbeteiligung ist möglich
- * Kommunikation ist leichter als in ländlichen Gegenden
- * Branchenübergreifende Kommunikation ist leichter

Die Gemeinschaften sind heterogen, außer ethnische Gruppen oder Kirchengruppen, es ist notwendig, diese Vorzüge bei Versuchen zu verwenden, städtische und Vor-städtische Gemeinschaften zu erreichen.

Ansätze

In die Implementierung von PHC in den Stadtbereichen arbeitet mit folgender Gruppierung zusammen:

- * Kirchengruppen
- * Sportgruppen
- * Schulen
- * Jugendgruppen
- * Sicherheit, Kooperation mit der Polizei
- * Frauengruppen
- * politische Partner
- * Gemeinschaften um Probleme herum, Unterkunft, Wasser, usw..
- * Arbeitgeber
- * Gewerkschaften
- * gewerbsmäßige Gruppen
- * junge Leute aus dem Freizeitbereichen

Diese Liste ist nicht ausgeschöpft. Einige der existierenden Gruppen können eingeschlossen werden.

Sektoren in städtischem Hintergrund

Gemeindeverwaltung, Stadt, Stadtrat, Stadtverwaltung und Aufschläge. Diese Sektoren bilden Teams, wie:

- * branchenübergreifende Ausschuss für Umgebungskanalisation unter dem regionalen Beauftragten
- * Gesundheitskooperation für vorgeburtliche Kliniken
- * die Kirchen sind ein wichtiger Kanal für das Verbreiten der Information
- * Informationssektor integriert Radiomeldungen
- * Forschungsteam identifiziert Bedarf
- * PHC Team macht Schulbesuche, eingliedern der Schule zur Gesundheitsschulung, Zusammenarbeit wird zwischen regionaler Gesundheit und Schulungsdirektor und Jugenddirektor
- * soziale Mobilisierung für Kontrolle von AIDS und Geschlechtskrankheiten
- * Bezirksausschüsse, Chefs, Vorgesetzte, Lehrer, Krankenschwestern auch in Vorstädtischen Unterstützung

Für den Erfolg von städtischen Plänen wird folgendes gefördert:

- * alle Gruppen werden an Planung, Implementierung und Auswertung von PHC beteiligt

alle Sektoren werden gemeinsam:

- * sich über Methoden einigen, Probleme anzugehen; seien Sie bereit teilzunehmen
- * Identifizierung der Probleme
- * die Gemeinschaften werden ermutigt, an diesen Aktivitäten teilzunehmen
- * Mitglieder von Familien und Nachbarn, sollen früh die ersten Leiden erkennen und in der Lage sein erste Unterstützung und den Transport in Krankenhäuser zu geben

Wie Probleme von Stadtbereichen zunehmen, werden frische Strategien entwickelt, um sie zu behandeln, und Richtlinien für PHC Implementierung, die auf Stadtbereiche beschränkt ist, werden entwickelt.

Tabelle 1: Registrierte Krankenhäuser und Kliniken in Namibia (öffentlich und privat)

Name/Stadt	Anschrift/Private Bag	Telefon (+264-)
<i>Windhoek Zentrale</i>	13215	61-222886
<i>Katutura</i>	13215	61-222706
<i>Okahandja</i>	2163	621-503039
<i>Maltahöhe</i>	1032	63-293025
<i>Mariental</i>	2014	63-242333
<i>Lüderitz</i>	2002	63-202446
<i>Keetmanshoop</i>	2101	63-223388
<i>Walvis Bay (nordwärts)</i>	5010	64-203441
<i>Walvis Bay (westwärts)</i>	5010	64-203441
<i>Swakopmund</i>	5004	64-405731
<i>Usakos</i>	103	64-530228
<i>Outjo</i>		654-568256
<i>Omaruru</i>	2021	64-570037
<i>Grootfontein</i>	2052	67-242141
<i>Okakarara</i>	2102	652-317004
<i>Opuwo</i>	3003	6562-26
<i>Otjiwarongo</i>	2516	651-302491
<i>Khorixas</i>	2010	65712-64
<i>Aranos</i>	2001	63-20270
<i>Betanie</i>	1002	63-293015
<i>Karasburg</i>	2001	63-270167
<i>Oshakati</i>	5538	651-20303
<i>Engela</i>		651-20303
<i>Arandis</i>	7002	64-510022
<i>Katholik Okatana, Ondangwa</i>	Postfach 2	6751-21311
<i>RCes Oshikuku, Ondangwa</i>	X5517	6751-62050
<i>St. Judas Thaddeus, Usakos</i>	Postfach 62	64-530013
<i>RCes Windhoek</i>	Postfach 157	61-237237
<i>RCes Andara, Rundu</i>	2072	67-256280
<i>RCes Nyangana, Rundu</i>	2074	67-256415
<i>St. Mary ist, Rehoboth</i>	Postfach 3001	627-52267
<i>RCes Sambyu, Rundu</i>	2076	6372-5131
<i>RCes Tondoro, Rundu</i>	2026	3737-25131
<i>Aroab Ärztezentrum, Rundu</i>	Postfach 14	6352-11
<i>Shlip Klinik, Rehoboth</i>	Kasten	6672-26407
<i>Medi Klinik, Otjiwarongo</i>	Sohnstraße	67-303734
<i>NMA Healthcare Namibia, Walvis Schacht</i>	Postfach 731	64-206098
<i>Medi Klinik, Windhoek</i>	Heliendoor Straße	61-222687
<i>Namibia Gesundheit, Windhoek</i>	Hosea Kutako Laufwerk	61-221773

<i>Nashorn parkt privates Krankenhaus, Windhoek</i>	Postfach 8177	61-225434
<i>Forensische Klinik, Windhoek</i>		

Klasse A

Windhoek zentrales Krankenhaus

Klasse B

Oshakati

Katutura

Rundu Krankenhaus

Klasse C (Bezirkskrankenhäuser)

Katima Mulilo

Mariental

Rehoboth St. Marys

Omaruru

Swakopmund

Usakos

Walvis Schacht

Karasburg

Keetmanshoop

Lüderitz

Andara

Nankudu

Nyangana

Khorixas

Opuwo

Outjo

Engela

Eenhana

Kongo

Gobabis

Okahao

Oshikuku

Outapi

Tsandi

Onandjokwe

Tsumeb

Grootfontein

Okahandja

Okakarara

Otjiwarongo

Klasse D (Ärztzentren)

Bukalo

Sangwali

Sibbinda

Kuisebmond

Aranos

Maltahöhe

Rehoboth

Aroab

Bethanien

Katutura

Khomasdal

Bunya

Mupini

Mpungu

Nkurenkuru

Rundu

Sambyu

Tondoro

Rupara

Odibo

Otjinene

Indhira Ghandi

Okalongo

Nakayale

Onesi

Elim

Okalongo

Okatana

Ondangwa
Ou Kerbe
Okankolo

Onayena
Onyaanya
Mangetti Düne

Klasse E (Kliniken)

Batubaja
Chinchimane
Choi
Ibbu
Impalila
Isize
Itomba
Kabbe
Kanono
Kasheshe
Katima Mulilo
Linyanti
Lisikili
Lusese
Mafuta
Masokotwane
Mbalasanti
Muyako
Ngoma
Ngwezi
Sachona
Schuckmannsburg
Seheke
Aranos
Gochas
Gibeon
Groot Aub
Hoachanas
Kalkrand
Klein Aub
Mariental
Maltahöhe
Schlip
Stampriet
Rietoog
Arandis
Hakaseb
Henties Bay
Karibib
Naraville
Okombahe
Omatjete
Omaruru

Spitskoppe
Tamariskia
Tubusis
Uis
Utuseb
Walvis Bay
Aus
Aussenkehr
Berseba
Daan Viljoen
Gabis
Karasburg
Koes
Kosis
Lüderitz
Noordoewer
Tseiblaagte
Tses
Warmbad
Baramansoni
Biro
Dcwatjinga
Dividu
Gcaruhwa
Kandjara
Kangongo
Kaisosi
Kapako
Kapupahedi
Katere
Katjinakatji
Karukuta
Kayengona
Mabushe
Mangetti
Mashare
Mbambi
Mayara
Meile
Mupara
Mutjiku
Muveve
Nakudu

Ncaute
Ncuncuni
Ndama
Ndonga
Nepara
Nkarapamwe
Nzinze
Altes Begani
Sauyemwa
Shadikongoro
Sharukwe
Shinyungwe
Sikarosompo
Takwasa
Yinsu
Baumgartsbrunn
Donkerhoek
Dordabis
Hakanhana
Okuryangava
Robert Mugabe
Wanaheda
Anichab
Anker
Bergsig
Epupa
Etanga
Etoto
Erwee
Fransfontein
Kamanjab
Khorixas
Ohandungu
Okangwati
Opuwo
Orumana
Oruvandje
Otjondeka
Otjiu
Outjo
Sesfontein
Terrace Bay
Edundja

<i>Eehnhana</i>	<i>Sendingplaas</i>	<i>Ehafo</i>
<i>Ekoka</i>	<i>Witvlei</i>	<i>Eheke</i>
<i>Endola</i>	<i>Amarika</i>	<i>Ekamba</i>
<i>Engela</i>	<i>Anamulenge</i>	<i>Eluwa</i>
<i>Epembe</i>	<i>Eengolo</i>	<i>Enkono</i>
<i>Epinga</i>	<i>Epoko</i>	<i>Okaku</i>
<i>Eudafano</i>	<i>Etilyasa</i>	<i>Omupundja</i>
<i>Ohangwena</i>	<i>Eunda</i>	<i>Onamutayi</i>
<i>Ohaukelo</i>	<i>Iipanda Yaamiti</i>	<i>Ongha</i>
<i>Okambembe</i>	<i>Iilyateko</i>	<i>Uukwiyuushona</i>
<i>Okatope</i>	<i>Ogongo</i>	<i>Amilema</i>
<i>Olukula</i>	<i>Okahao</i>	<i>Lombarde</i>
<i>Omundaungilo</i>	<i>Okando</i>	<i>Ndamona</i>
<i>Omungwelume</i>	<i>Okathitu</i>	<i>Olukonda</i>
<i>Onambutu</i>	<i>Okatseidhi</i>	<i>Omuntele</i>
<i>Onamkulo</i>	<i>Olupandu</i>	<i>Omuthiya</i>
<i>Onangolo</i>	<i>Oluteyi</i>	<i>Onamishu</i>
<i>Ondobe</i>	<i>Olutsiidhi</i>	<i>Onanke</i>
<i>Onekwaya</i>	<i>Omagalanga</i>	<i>Oshigambo</i>
<i>Ongenga</i>	<i>Omona wa Thihozu</i>	<i>Oshivelo</i>
<i>Ongulayanetanga</i>	<i>Omutundungu</i>	<i>Onyuulae</i>
<i>Oshandi</i>	<i>Onaanda</i>	<i>Tsumeb</i>
<i>Oshikunde</i>	<i>Onawa</i>	<i>Gam</i>
<i>Kongo</i>	<i>Ongulumbashe</i>	<i>Grootfontein</i>
<i>Aminius</i>	<i>Onheleiwa</i>	<i>Coblenz</i>
<i>Blouberge</i>	<i>Onkani</i>	<i>Kalkveld</i>
<i>Eiseb</i>	<i>Oshaala</i>	<i>Okahandja</i>
<i>Epako</i>	<i>Osheetekela</i>	<i>Okamatapati</i>
<i>Korridor</i>	<i>Oshitudha</i>	<i>Omatako</i>
<i>Leonardville</i>	<i>Othika</i>	<i>Otavi</i>
<i>Omitara</i>	<i>St. Benedictus</i>	<i>Otjituuo</i>
<i>Onderombapa</i>	<i>Ruacana</i>	<i>Ovitoto</i>
<i>Rietfontein</i>	<i>Uutsathima</i>	<i>Tsumkwe</i>

2.3.6 Arzneimittellieferung und Verteilung

Die Versorgung von Medikamenten zu CHWs und TBAs hängt von mehreren kritischen Faktoren in der Gemeinschaft ab, den unmittelbaren Zugriff oder der Nähe zum Gesundheitswesen. Einrichtungen mit schlechtem Zugriff haben auf das Versorgungsmaterial können essentiellen Leben, durch die Medikamente wie choloquine auf CHWs nicht sichern. Andere Grundgrößen für einfache Behandlungen wie Paracetamol /Aspirin, Verbandsmaterial, Antiseptikum, ORS Beutel, antibiotische Augensalbe und Behandlung für die Krätze sollten berücksichtigt werden. Ein System der Kostendeckung, um Versorgung aufrechtzuerhalten, wird auf der Gemeinschaftsebene entsprechend dem Bedarf jeder Gemeinschaft eingeführt.

Die Versorgung zu traditionellen Geburtswärtern werden sorgfältig berücksichtigt. Sorge wird darauf verwandt, Abhängigkeits- und Zunahmenachhaltigkeit zu verkleinern, angesichts der TBA Bausätze. In vielen Ländern, für die der "TBA Bausatz" aus einfachen nachhaltigen Elementen wie einer Rasierklinge, einen Bindfaden zum Abtrennen, Maiskolben für das

Schrubben der Nägel. Mit diesen Elementen werden alle vom TBA selbst versorgt. Solche Elemente wie Schere, Arterienzange, Nierenschalen sind usw. nicht notwendig. In Malariabereichen konnte mit Chloroform durch TBAs versorgt werden.

In Hinsicht auf AIDS ist es wichtig, dass der AIDS-Aufsichtsrat Richtlinien entwickelt, die TBAs Praktiken ansprechen. Das AIDS-Programm sollte Wege der Lieferung erforschen für die Lieferung der Handschuhe, als einen Teil der AIDS-Schutz-Kampagne.

Hinsichtlich des Arzneimittel-Versorgungsmaterials in den allgemeinen Gemeinschaften, spielen Apotheken eine wichtige Rolle. Prinzipiell ist der pharmazeutische Ausschuss von Namibia für die Registrierung verantwortlich und für die Ausgabe von Medikamenten verantwortlich sowie für die Registrierung der „Arzneimittelhändler“. Die folgende Tabelle liefert einen Überblick über eingetragene "Apotheken" in Namibia:

Tabelle 2: Registrierte "Arzneimittelhändler" in Namibia

Apotheke	Stadt
ABC	
Adler	
Bismarck	
Compion	<i>Windhoek</i>
Continetal	<i>Windhoek</i>
Cristall	<i>Windhoek</i>
Duiker	<i>Windhoek</i>
Eros	<i>Windhoek</i>
Esteria	<i>Windhoek</i>
FH Badenhorst	
Henties Bay	<i>Henties Bay</i>
Independence	
Klein Windhoek	<i>Windhoek</i>
Lagerhaus	<i>Windhoek</i>
Luisen	
Maihs	
Mariental	<i>Mariental</i>
Maruapark	<i>Windhoek</i>
Makalani	<i>Windhoek</i>
Medica	<i>Windhoek</i>
Medisum	
Mitzis Medizindepot	<i>Windhoek</i>
Namib	
Niemeyer	<i>Windhoek</i>
Okandja	<i>Okahandja</i>
Outjo	<i>Outjo</i>
Pionierspark	<i>Windhoek</i>
Reichs	
Rhinopark	<i>Windhoek</i>
Sentrum	

Smarts	
Suidelike	
Swakopmunder	<i>Swakopmung</i>
Tauben Glen	<i>Windhoek</i>
Tsumeb	<i>Tsumeb</i>
Victoria	<i>Windhoek</i>
Vitae	
Walvis Bay	<i>Walvis Bay</i>
Windhoek	<i>Windhoek</i>
WB Steenkamp	

2.3.7 die Rolle von praktischen Ärzten

Wie schon einmal schon erklärt, ist Namibias Bevölkerung verstreut auf 824.000 km², das wirkungsvolles PHC schwierig macht. Aus demselben Grund gibt es eine beschränkte Anzahl von praktischen Ärzten einschließlich aller Sektoren von Gesundheitsversorgung (Dental, praktische Ärzte und Spezialisten). Jedoch von den alten Strukturen ist es bedeutend, dass die am besten verfügbaren Leistungen erbracht werden in städtischen und Vor-Städtischen Bereichen. Hier können fast alle Leistungen erbracht werden. Einschränkungen existieren bei der Anzahl von medizinischen Praktikern und betreffen besonders Spezialisten wie auch spezielle Pflege, zum Beispiel: Kinder-Kliniken, Kliniken für Behinderte, Kliniken für interne Krankheiten (Herz, Krebs, Niere, usw.). Eine Übersicht über praktische Ärzte, die in Namibia registriert sind, wird in der Tabelle unten geliefert:

Tabelle 3: Registrierte praktische Ärzte

Name	Stadt
Abraham	<i>Windhoek</i>
Afrika	<i>Windhoek</i>
Aspara	<i>Windhoek</i>
Amadhila	<i>Windhoek</i>
Baard	<i>Windhoek</i>
Badenhorst	<i>Henties Bay</i>
Bains	<i>Windhoek</i>
Barnard	<i>Windhoek</i>
Bartholomae	<i>Tsumeb</i>
Bezuidenhout	<i>Gobabis</i>
Bierman	<i>Swakopmund</i>
Birkenstock	<i>Katima Mulilo</i>
Boshoff	<i>Otavi</i>
Botma	<i>Windhoek</i>
Brandmayr	<i>Windhoek</i>
Engländer	<i>Panorama, RSA</i>
Hamburger	<i>Outjo</i>
Hamburger	<i>Windhoek</i>
Coetzee	<i>Windhoek</i>
Coetzee	<i>Windhoek</i>
Couison	<i>Walvis Schacht</i>

Craig	<i>Windhoek</i>
Memme	<i>Omaruru</i>
Cupido	<i>Windhoek</i>
Damaseb	<i>Grootfontein</i>
Dantu	<i>Swakopmund</i>
Diekmann	<i>Otjiwarongo</i>
Adler	<i>Windhoek</i>
Eksteen	<i>Windhoek</i>
Elman	<i>Windhoek</i>
Engelbrecht	<i>Windhoek</i>
Feris	<i>Windhoek</i>
Fick	<i>Windhoek</i>
Frielingsdorf	<i>Grootfontein</i>
Gagiano	<i>Otjiwarongo</i>
Gouws	<i>Windhoek</i>
Grobler	<i>Mariental</i>
Greiff	<i>Windhoek</i>
Hartmann	<i>Swakopmund</i>
Heita	<i>Windhoek</i>
Hochobeb	<i>Windhoek</i>
Joffe	<i>Windhoek</i>
Jordan	<i>Windhoek</i>
Jubber	<i>Windhoek</i>
Kaulinge	<i>Windhoek</i>
Kotze	<i>Oshakati</i>
Kuit	<i>Windhoek</i>
Laurie	<i>Windhoek</i>
Lahahn	<i>Windhoek</i>
Lichtman	<i>Windhoek</i>
Loubser	<i>Windhoek</i>
Maas	<i>Otjiwarongo</i>
Malan	<i>Henties Schacht</i>
Marais und Partner	<i>Lüderitz</i>
Maritz	<i>Windhoek</i>
Meintjes	<i>Windhoek</i>
Möhrcken	<i>Swakopmund</i>
Moisel	<i>Swakopmund</i>
Moolmann	<i>Swakopmund</i>
Mouton	<i>Rehoboth</i>
Müller	<i>Windhoek</i>
Nakashololo	<i>Windhoek</i>
Nei	<i>Gobabis</i>
Niewoudt	<i>Windhoek</i>
O'Callaghan	<i>Windhoek</i>
Oosthuizen	<i>Windhoek</i>
Opitz	<i>Windhoek</i>
Orford	<i>Windhoek</i>

Pfafferrott	<i>Windhoek</i>
Pretorius	<i>Oshakati</i>
Prollius	<i>Windhoek</i>
Rabie	<i>Windhoek</i>
Rautenbach	<i>Windhoek</i>
Reddig	<i>Windhoek</i>
Retlef	<i>Windhoek</i>
Riekert	<i>Windhoek</i>
Robert	<i>Walvis Schacht</i>
Roussow	<i>Windhoek</i>
Roxin	<i>Panorama, RSA</i>
Sanderson	<i>Windhoek</i>
Scheepers	<i>Tsumeb</i>
Schikerling	<i>Windhoek</i>
Schindler	<i>Windhoek</i>
Schulte	<i>Windhoek</i>
Schwindack	<i>Swakopmund</i>
Serfontein	<i>Windhoek</i>
Siebert	<i>Mariental</i>
Smith	<i>Keetmanshoop</i>
Smit	<i>Windhoek</i>
Salomo	<i>Windhoek</i>
Funken	<i>Walvis Schacht</i>
Steyn	<i>Otjiwarongo</i>
Steytler	<i>Windhoek</i>
Stolze	<i>Windhoek</i>
Strauss	<i>Walvis Schacht</i>
Tanneberger	<i>Windhoek</i>
Terblanche	<i>Windhoek</i>
Tietz	<i>Otjiwarongo</i>
Melodie	<i>Rehoboth</i>
Uys	<i>Outjo</i>
Wagen der Colf	<i>Windhoek</i>
Wagen der Merwe	<i>Aranos</i>
Wagen der Linde	<i>Swakopmund</i>
Wagen Heerden	<i>Swakopmund</i>
Wagen Rooyen	<i>Windhoek</i>
Wagen Staden	<i>Walvis Schacht</i>
Wagen Tonder	<i>Windhoek</i>
Wagen Wyk	<i>Rehoboth</i>
Wagen Zyl	<i>Windhoek</i>
Verburg	<i>Windhoek</i>
Vermeulen	<i>Tsumeb</i>
Viljoen	<i>Grootfontein</i>
Vrugt	<i>Windhoek</i>
von Gericke	<i>Windhoek</i>
Wagner	<i>Usakos</i>

Weder	<i>Windhoek</i>
Wormbaecher	<i>Windhoek</i>

Bei Tabelle 3 ist es wichtig, dass praktische Ärzte eine Unterstützung einschließen, und medizinische Sektoren mögen - Psychotherapeutisches Personal, muss auch in Namibia entsprechend den Vorschriften registriert sein. Auf diese Art müssen alle Personen, die seinen Beruf in Namibia ausüben wollen, zuerst diese Bestimmungen einhalten.

2.3.8 die Rolle der Notgesundheitsversorgung wartet

Seit Unabhängigkeit 1990, erfuhr Namibia Entwicklungen in Richtung zu den privaten Initiativen, die für fachkundige Notgesundheitspflegedienstleistungen sorgen. Diese schließen die fliegenden Ärzte und den medizinischen Notdienst bei Verkehrsunfällen (aus Gründen der zerstreuten Bevölkerung), Malariaausbruch, der touristischen Anwesenheit, der Verbrechen und der dergleichen mit ein. Diese Dienstleistungen werden entweder von medizinischen Versicherungsgesellschaften oder von privaten praktischen Ärzten selbst unterstützt. Die bekanntesten Initiativen sind die folgenden

Aeromed Namibia
Windhoek
Tel. +264-61-231236

Medrescue
NCA Building
Eros Airport
Windhoek
Tel. +264-61-230505

3.0 Pläne und Programme auf nationalem und privatem Sektor

3.1 Dezentralisierungs- und Bezirksfokus

Die Strategien des PHCs wie branchenübergreifende Kollaboration und Gemeinschaftsbeteiligung schlagen vor, dass diese nur auftreten können, wenn die Dezentralisierung der Berechtigung vom Staatsangehörigen zu den Regionalen und Bezirk einpendelt. Ohne Dezentralisierung kann es keine Verpflichtung geben zu dem Begriff allgemeiner Gesundheitsversorgung, der ein Prozess ist, der mit der Peripherie beginnt. Gegeben sein muss, dass jede Gemeinschaft eindeutig die Berechtigung haben muss, auf diese Einmaligkeit durch Ermöglichen der Gemeinschaften zu antworten, ihre eigenen CBHC Programme zu entwickeln. Deshalb sollte der Fokus das Gebäude sein hinauf von den Bezirks- und Unterbezirksebenen für PHC/CBHC Implementierung. Im Moment sind diese Unterdivisionen hypothetisch, sollten Bemühungen gemacht werden, um sie zu erreichen. Die Gemeinschaftsebene zu erreichen, ist leichter durch Unterdivisionen. Für die Zwischenzeit genügen die Regionen und die "Gesundheitsbezirke" als die Funktionseinheiten. Die Krankenhäuser und Ärztezentren in einem Bezirk sind Teil eines neuen Begriffs eines "Bezirkssystems basierend auf Hauptgesundheitsversorgung". Der Bezirk ist die wichtige einsatzfähige Einheit für Gesundheitsabwicklung. Die von davon gegebene, wer das ist, Definition "ein Bezirksgesundheitssystem basierend auf Hauptgesundheitsversorgung ist mehr, oder weniger Selbst enthielt Segment des Gesundheitssystems. Sie umfasst zuallererst eine gute definierte Menge, die innerhalb eines eindeutig abgegrenzten Verwaltungs- und geographischen Bereichs lebt, ob städtisch oder ländlich. Sie bezieht alle Institutionen und Personen in den Bezirk ein, die Gesundheitsversorgung liefern, ob staatlich, Sozialversicherung, nicht-staatliche, private oder traditionelle ist. Ein Bezirksgesundheitssystem besteht deshalb aus einer großen Vielfalt von verwandten Elementen, die zur Gesundheit in Häusern, Lehranstalten, Arbeitsstellen und Gemeinschaften

durch die Gesundheit und den Anderen beitragen. Es schließt Selbstsorge und alle Gesundheitsorganarbeiter und Funktionen einschließlich der Krankenhäuser auf der ersten Empfehlungsebene und dem entsprechenden Labor, anderem Diagnoseprogramm und logistischen Unterstützungsservices ein. Seine Komponentenelemente müssen gut von einem dieser Funktion zugeordneten Offizier koordiniert werden, um all diese Elemente und Institutionen in einen vollständig umfassenden Bereich von promotive, Präventiv, Heilmittel und Rehabilitationsgesundheitsaktivitäten zusammenzuziehen."

4.0 Veterinärgesundheitsversorgung

4.1 historische Perspektive auf den offiziellen Veterinärleistungen

Die ersten Tierärzte kamen auf Namibia Erde im Jahr 1894 unter dem deutschen Kolonialregime an. Nach der Eroberung durch südafrikanische Kräfte während des Ersten Weltkrieges, wurde eine Abteilung der tierärztlichen Dienstleistungen der Leitung von Südwestafrika unter südafrikanischer Vollmacht hergestellt.

Diese Abteilung funktionierte unabhängig bis zum April 1969, als sie unter die Steuerung von Veterinäraufschlügen der Republik von Südafrika gestellt wurde. Steuerung schaltete nachher um zu der Regierung von SWA/Namibia 1980 um. In die unabhängige Republik von Namibia (1990), fällt das Direktorat der tierärztlichen Dienstleistungen (DVS) unter das Ministerium der Landwirtschaft, des Wassers und der landwirtschaftlichen Entwicklung.

4.2 der Veterinärberuf in Namibia

Mit der Erstellung eines professionellen gesetzlichen sich anmeldenden Körpers, des Namibia Veterinärrats wurde die Verantwortung der Veterinärsorge im Land, um professionelle Veterinärmaterien zu regulieren, fest innerhalb der Hände von namibischen Tierärzten gestellt. Tierärzte, die ihren Beruf in Namibia ausüben wollen, ob privat oder im DVS mussten als erstes den vom Namibia Veterinärtrat festgelegten Anforderungen entsprechen.

Absolventen von den Universitäten von Harare, Medunsa und Pretoria wird bedingungslose Registrierung bei Anwendung erteilt, während Absolventen von allen anderen Universitäten sind verpflichtet eine Prüfung abzulegen, von hohem Standard die jährlich statt findet, bevor er für bedingungslose Registrierung berücksichtigt werden.

In Anbetracht der kleinen Anzahl von Tierärzten, die in Namibia den Beruf ausüben, gibt es kein separates Fachregister.

Der jährliche Kongress der Veterinärzuordnung von Namibia (VAN) liefert einen beschränkten Umfang kontinuierlicher Schulung, erweitert von Minikongressen, dann und wann. VAN ist eine unabhängige Institution, der die Veterinärzunft betreut und unterstützt, soziale Wechselwirkung fördert und im Allgemeinen versucht, den Beruf zu bewerben. Obwohl VAN -Zugehörigkeit nicht obligatorisch ist, sind praktisch alle registrierten Tierärzte auch Mitglieder.

Zweck des DVSs

Kurz bestimmt, sind die Ziele vom Aufsichtsrat für Veterinärdienste (DVS), Tiergesundheit, Produktion und Vermehrung zu pflegen und zu fördern und sicheres und planmäßiges Marketing von Tieren und Tierprodukten durch Tierkrankheitskontrolle,

Veterinärüberwachung, Epidemiologie und Verbreitung, diagnostische Leistungen und Fleischprüfungsleistungen zu sichern.

Personal

Der Aufsichtsrat wird von einem Direktor mit vier stellvertretenden Direktoren (von denen jeder ein registrierter und ausgebildeter Tierarzt ist) geführt, um ihm zu helfen. Jeder stellvertretende Direktor leitet einen Bereich, wie unten umrissen. (diese Struktur wird überarbeitet, sobald die neue Grundstruktur genehmigt ist, sie ist etwa wie folgt):

Schafbereiche und Fleischhygieneaufschläge

11 Tierärzte
6 Hauptgesundheitsinspektoren
29 Tiergesundheitsinspektoren
10 Büroassistenten
10 Fleischinspektoren
36 Fleischprüfer
1 Faktotum
28 Arbeiter
131 Zwischensumme

Rinderbereich

13 Tierärzte
12 Haupttiergesundheitsinspektoren
48 Tiergesundheitsinspektoren
136 Lagerprüfungsassistenten
86 Wachen
15 Büroassistenten
13 Faktoten
122 Arbeiter
435 Zwischensumme

Epidemiologie- und Ausdehnungsaufschläge

2 Tierärzte
3 Techniker
1 Chef: Lagerprüfungsassistent
1 Chef: Fleischprüfungsassistent
3 Kontrolle Gesundheitsinspektoren
5 Büroassistenten und Datenschreibkräfte
15 Zwischensumme

Diagnostische Aufschläge

10 Tierärzte
1 Haupttechniker
19 Techniker
13 Laboranten

2 Büroassistenten
1 Faktotum
20 Arbeiter
66 Zwischensumme

636 Gesamtsumme

Diese relativ wenigen Mitarbeiter ergänzen an solch einen großen Länderstellen schwere Nachfragen besonders für das Feldpersonal, das einen großen Teil von Reisen und Camping ausgeht.

Politische Angelegenheiten und routinemäßige Verwaltungsausgaben werden in einer Teamarbeit vom Verwaltungsausschuss gehandhabt, der einen Direktor (als Vorsitzender), drei stellvertretende Direktoren, den Chef von Fleischprüfungseinrichtungen und den Chef von Aktienprüfungsaufschlägen umfasst.

4.3 Krankenkontrollen

Für den Zweck des Nahrungs- und Mundkrankheiten ist Namibia in vier Zonen eingeteilt (infizierte, Pufferzone, Überwachung, freie Zone), jedes mit einem anderen Tiergesundheitsstatus. Was folgt, ist eine kurze Einleitung zu den mit dieser Klassifizierung verbundenen Prinzipien.

Infizierte Zone

Das östliche und westliche *Caprivi* ist aufgrund der Anwesenheit von freiem wandernden wildem Büffel und der sporadischen Ausprägung von FMD Ausbrüchen die infizierte Zone. FMD Impfungen werden jährlich durchgeführt.

Pufferzone

Die nördlichen Gemeinderegionen (*Opuwo*, *Ondangwa* und *Rundu* Veterinärbezirke) werden auf die Pufferzone verwiesen. Faktoren, die zu dieser Klassifizierung beitragen, beinhalten:

- * jährliche prophylaktische Impfung gegen Maul- und Klauenseuchenkrankheit (FMD)
- * Gegenwart der ansteckendem Rinderpleuropneumonia (CBPP)
- * Nähe zu hohen Risikobereichen in Nachbarländern
- * Mangel an Infrastruktur
- * Mangel an Tierkennung
- * Mangel an Übertragungskontrolle

Routinemäßig, werden die Tierkrankheitskontrollmaßnahmen in diesem Bereich durchgeführt, jährliche Impfungen in der Form von organisierten Impfkampagnen (je nach dem Bereich der FMD, gegen ansteckende Rinderpleuropneumonia, Anthrax, Brucellosis und Tollwut), monatliche Bestandsprüfungen von Tierärzten- und Übertragungskontrollen, die eine Überwachung der Bezirke mit einschließen. Obwohl Tierärzte versuchen, einen klinischen Service wiederzugeben, ist dies sekundär zu ihrer Hauptfunktion der Tierkrankheitskontrolle und oft behindert wird, unter anderem durch arme Infrastruktur, lange Entfernungen und ziemlich traditionelle Landwirtschaft.

Veterinärumzäunung (VCF)

Diese Struktur stellt die Trennlinie zwischen der Pufferzone und dem nächsten Bereich dar, die Überwachungszone. Der Zweck des VCFs ist es zu verhindern, Huftiere oder Produkte derer, das diese sich von der Pufferzone zur Überwachungszone begeben, welches essentiell beim Verhindern des Verbreitens von Tierkrankheiten wie FMD und CBPP ist. Huftiere können FMD übertragen, Zäune wurden errichtet um dieses zu verhindern. Gatter der Zäune werden von Veterinär-Wachpersonal beaufsichtigt.

Trans-Veterinärumzäunungsmarketing

Seit der Unabhängigkeit hat DVS eine Hauptrolle gespielt, bei der negativen ökonomischen Auswirkung des Zauns, auf die auf Lagerinhaber in den Nordkommunalbereichen, indem es Quarantäne-Service bei Omutambo Maowe, bei Oshivelo, bei Mangetti und bei Katima Mulilo aufrichtete. Dieses ermöglicht Nordkommunalbereich Landwirten, ihr Vieh zum Schlachten am Oshakati Schlachthof und Katima Mulilo zu den Preisen zu vermarkten, die mit denen vergleichbar sind, die auf dem Marktsüden des Veterinärzauns gemacht werden, indem es ihre Tiere vor der Schlachtung in Quarantäne legt. Das von diesen Tieren abgeleitete Fleisch wird dann zum Rest von Namibia und dem RSA sowohl in der Form des konservierten Fleisches als auch als frisches Fleisch vermarktet.

In Bezug auf kleinen Vorrat können diese nach einer Periode von Quarantäne und Behandlung, nach Süden über die Veterinärumzäunung mit einem entsprechenden acaricide genommen werden. Jedoch ist dies für keine Rinder möglich, wo die Bedrohung durch CBPP bleibt.

Zukünftige Änderung

Wenn möglich, sollte die Pufferzone in Bezug auf FMD Kontrolle nordwärts nach Südafrika versetzt werden. Dies würde jedoch von wirkungsvollen Krankheitskontrollmaßnahmen in den nördlichen Gemeinderegionen von Namibia abhängen und in diesem Bereich nach Südafrika weggetragen werden. Dies wiederum hängt von Frieden und Stabilität in Angola ab und einem wirkungsvollen offiziellen Veterinärdienst in Angola und passende Koordination zwischen Angola und namibischen Veterinärbeamten.

Aufhebung der Wechselbewegungen des Viehs über dem Angola-Namibian Grenze (zugehörig den gegenwärtigen sozioökonomischen Bedingungen über der zentralen Region der Grenze). Derzeitige Bemühungen sind angestrebte Kontrolle anstatt Einstellung einschließen

- * Ausrottung von CBPP
- * verbesserte Infrastruktur in den nördlichen Gemeinderegionen
- * wirkungsvolles Übertragungskontrolle

Eindeutig erfordert dieser Sprung einen größeren Input aus vielen Quellen und würde in Tierprodukten von Namibias Handelspartnern genehmigt werden müssen. Prüfhandelsverträge generieren eine große Verhältnisgleichung von aktuellen ausländischen Einnahmen und gehen verloren.

Überwachungszone

Dies ist der Bereich, der die Veterinärumszäunung in Richtung des Südens begrenzt, und hat eine Breite von mindestens zwei landwirtschaftlichen Betrieben in den kommerziellen Landwirtschaftsbereichen der Veterinärbezirke von *Outjo*, *Otavi* und *Grootfontein* und auch dem Gemeindebereich. Der Zweck dieses Bereichs ist, die Überwachung von FMD beim Mangel von Impfungen zu erlauben.

Krankheitskontrollmaßnahmen in der Überwachung-Zone belaufen sich auf eine dreimonatige Kontrolle-Überwachung der obligatorischen jährlichen Schutzimpfungen in den kommerziellen Bereichen oder auf Schutzimpfungskampagnen in den Kommunalbereichen und beziehen sich auf Schutzimpfungen gegen Anthrax, Brucellose und Tollwut (während keine Schutzimpfung gegen FMD erlaubt wird) und strenge Überwachungskontrolle erzwungen mit einem Überwachungs-Erlaubnissystem. Eine Erlaubnis wird nur erteilt, wenn Beweise vorhanden sind, dass alle obligatorischen Schutzimpfungen durchgeführt sind. Beide, FMD und CBPP sind nicht vorhanden. Krankheitsbehandlung in den Kommunalbereichen wird durch die gleichen Faktoren oben gehemmt (Entfernung, Infrastruktur). In den kommerziellen Bereichen führen einige staatliche Tierärzte eine große Menge klinischer Arbeit zusätzlich zu ihrer Primärfunktion der Tierkrankheitskontrolle durch.

Vermarktung aus diesem Bereich ist abhängig von einer so genannten "roten Kreuzübertragungsgenehmigung" „**red cross movement permit**“ und drei Wochen Quarantäne vor Übertragung.

Freie Zone

Diese Notwendigkeit umfasst den kommerziellen Landwirtschaftsbereich südlich von der Überwachungszone, aber schließt auch alle Gemeindebereiche ein, die innerhalb des Bereichs liegen, (in *Outjo* und *Omaruru* - *Damarland* und *Otjimbingwe* - *Okahandja* *Ovitoto* - *Windhoek* *Rehoboth* - *Gobabis* *Aminuis*, *Okakarara*, *Otjinene* und *Keetmanshoop* *Namaland*, *Bondelswart* und *Hoachanas*) angegebenen Veterinärbezirke. Die hohe Stufe der Wachsamkeit nach Norden berücksichtigt eine sehr verkleinerte Stufe der Beteiligung an FMD Kontrolle in diesem Bereich, der mit halbjährlichen Bestandsprüfungen und mit Impfüberwachung gegen *Athrax*, *Brucellosis* und Tollwut und Übertragungskontrolle verbunden ist.

In einigen staatlichen Veterinärbezirken in der Handelsbereichen wird viel von der klinischen Arbeit von Tierärzten privat getan, und staatliche Tierärzte grenzen sich ein, um Gesundheitsmaßen wie Schwangerschaftsdiagnose und Tests für Fortpflanzungskrankheiten durchzuführen. In anderen Bezirken gibt es keine privaten Tierärzte, und staatliche Tierärzte führen einen großen Betrag klinischer Arbeit zusätzlich zu ihrer Hauptfunktion der Tierkrankheitskontrolle aus.

Aufgrund der hohen Stufe der Krankheitsverhütung ist Gratismarketing aus diesem Bereich zu den meisten Zielorten möglich.

4.4 Veterinärbezirke

Das Land ist in 15 staatliche Veterinärbezirke mit einem bis drei staatlichen Tierärzten, zuständig für alle Krankheiten in den Bereichen. Fünf der Bezirke fallen unter dem stellvertretenden Direktor: Schafbereiche, der Rest unterliegt der Verantwortung des stellvertretenden Direktors: Rinderbereiche.

Schafbereiche: *Keetmanshoop, Mariental, Windhoek, Omaruru und Walvis Bay*

Rinderbereiche: *Gobabis, Okahandja, Otjiwarongo, Outjo, Otavi, Grootfontein, Opuwo, Ondagwa, Rundu, Katima Mulilo*

Unter dem staatlichen Tierarzt in jedem Bezirk arbeiten ein bis drei Chefgesundheitsprüfer (CAHI) „**Chief Animal Health Inspectors (CAHI)**“ die für die Überwachung des Bezirks, für das Personal und den staatlichen Tierarzt in der Planung und in der praktischen Durchführung der Aufgaben im Allgemeinen unterstützen und verantwortlich sind, und für Krankheitskontrolle, Zeitpläne und Schutzimpfkampagnen notwendig sind. Jeder staatliche Veterinärbezirk wird weiter unterteilt in Kontrollebereiche mit einem Tiergesundheit-Prüfer (AHI) „**Animal Health Inspector (AHI)**“ verantwortlich für Bestandskontrollen, die Schutzimpfung, die Rückstände überwachen, Datumssicherung, Ausbreitung und Bewegung Kontrolle.

In den nördlichen Gemeinderegionen wird den Tiergesundheitsinspektoren (AHI) in der praktischen Ausführung ihrer Aufgaben von Bestandsprüfungsassistent (SIA) geholfen. Jeder Prüfungsbereich wird wieder in SIA Bereiche eingeteilt, wo ein Bestandsprüfungsassistent die monatliche Prüfung unter der Überwachung seines AHIs ausführt und ihn unterstützt epidemiologische Daten zu erfassen, und relevante Ausdehnungsmeldungen zu verbreiten. Diese liegen bei +/- 126 auf bei den Bestandsprüfungsassistenten und bei den Tiergesundheitsinspektoren +/- 35 AHIs. Schutzimpfkampagnen in den Kommunalbereichen sind meistens eine Mannschaftsbemühung des vollständigen Büros.

Fleischhygieneeinrichtungen

As Namibia ist ein exportierendes Land von verschiedenen Tieren und Tierprodukten (Fleisch, Straußen, Wild-Trophäen, Fellen, Häuten, usw.) Veterinärzertifizierung von zuständigen staatlichen Tierärzten ist unentbehrlich. Bei jedem Schlachthof (*Windhoek, Okahandja, Otavi, Oshakati, Katima Mulilo, Mariental*) ist ein Tierarzt für Hygienekontrolle während und nach dem Schlachten und der Verarbeitung, für vorträgliche und nachträgliche Prüfungen von Tieren und für Exportkontrolle des Fertigerzeugnisses verantwortlich. Ihm wird von Fleischinspektoren und Fleischprüfern bei seiner Überwachung geholfen, die einen großen Teil der Fleischhygienekontrolle und der praktischen Prüfungsarbeit ausführen. Fleischinspektoren haben ein dreijähriges Diplom im Ganztagsstudium und eine Gesundheits- oder Fleischprüfung erhalten, während Fleischprüfer in einer Periode von 6 Monaten vom Beamten der Aufsichtsrat trainiert und erhalten im Namen der Universität von Namibia (UNAM) ein Zertifikat.

Während der jährlichen Wildjagdsaison wird das Schlachten von Wild von DVS Beamten überwacht. Andere neue Schlachthöfe sind (Wild, Straußen, Schafe und Rinder) in der sind im Aufbau. Die Funktion für Hygienezertifizierung von frischem Fisch und Fischprodukten wird in naher Zukunft erwartet. Gegenwärtig ist die Prüfung von frischem Fisch und Fischprodukten unter der Schirmherrschaft vom Wirtschaftsministerium und der Industrie.

Epidemiologische Einrichtungen

Epidemiologie: Epidemiologische Daten werden von den Labors, die Exportschlachthöfe und von allen Teilen des Landes hinsichtlich der Lagerzahlen, der Krankheitsausdehnung und der vielen Aspekte auf den Datenerfassung Formen erfasst, die von den Helfern der Tierarzt- und Tiergesundheit ausgefüllt werden und in einer zentralen automatisierten Datenbank in Windhoek gespeichert. Hier werden epidemiologische Tendenzen analysiert und weitergeleitet zum AHI und zu den Landwirten. Der Epidemiologie-Abschnitt stellt auch einen Informationsdienst für spezifische Anfragen zur Verfügung, die Tierärzte hinsichtlich der epidemiologischen Informationen haben können.

Import Kontrolle: der stellvertretende Direktor: Epidemiologie ist die herausgebende Autorität für Genehmigungen, die Veterinärimportkontrolle betreffen. Eine Veterinäreinfuhrgenehmigung wird für die Einfuhr von allen Tieren/Tierprodukten nach Namibia benötigt.

Entwicklung: der Entwicklungsbereich ist für die Vorbereitung des Materials, um bei der Verbreitung von epidemiologisch relevanten Information zu helfen, z.B. Plakaten, Druckschriften und anderem audiovisuellem Material sowie Präsentationen.

Der N3 Diplomverlauf für Tiergesundheitsinspektoren, die eine Funktion des Entwicklungsabschnitts waren, ist ausgelaufen, da dieser Bereich nicht ausgerüstet war, die Studenten erhielten die Gelegenheit sich an ein entsprechendes College einzuschreiben. In Zukunft werden nur Kandidaten mit Diplomen aus *Neudamm, Ogongo, Tsumis Park*, Viehwissenschaft oder jedem äquivalenten Diplom als AHIs beschäftigt.

Diagnostische Einrichtungen

Die gewerbsmäßigen Veterinärmitarbeiter der Zentrale, die Veterinärlabor in *Windhoek* einem essentiellen Sicherungseinrichtung zu Felddiagnostikern durch Testen einer großen Vielfalt von Proben für Vorzeichen von Krankheit liefert, konditionieren, mit das Hilfe von hochwertig Labor Gerät. Die Einrichtungen des zentralen Veterinärlabors werden von den kleineren regionalen Veterinärlabors in *Keetmanshoop, Gobabis, Grootfontein* und *Ondangwa* erweitert. Das zentrale Veterinärlabor ist auch für den Rückstand, der auf für Export bestimmtem Fleisch testet, verantwortlich.

Veterinärforschung und Quarantäne

Problem orientierte Veterinärforschung wird erforderlich entweder auf betroffene Bauernhöfen oder auf der Bergvflug Forschungsstation östlich Windhoek aufgenommen. Eine Quarantänestation für den Import der Pferde und des Viehs wird in der Walvis Bucht aufgestellt. Eine andere Quarantänestation für große Tiere, Wild, Haustiere und exotische Vögel wird bei Bergvflug nahe Windhoek aufgestellt.

4.5 Andere

Tsetsefliegenkontrolle, das Ziele und Fliegenfallen verwendet, ist in Teilen des *Katima Mulilo* Staatlich ausgeführter Veterinärbezirk.

5.0 Finanzierung von PHC/CBHC, Gesundheitsfunktionen und Veterinäreinrichtungen

5.1 Eigenkapital von Ressourcenverteilung und Zugriff

Primärgesundheitspflege erkennt, dass ungleiche Verteilung und schlechter Zugang zu den Betriebsmitteln eine negative Auswirkung auf Gesundheitszustand hat. Beweis ihrer Verschiedenheit wird durch die unterschiedlichen Anzeigen der Gesundheit wie Eingang, mütterliche und Unterernährungsrate unter den rassischer und des Einkommens Gruppen der Regionen, gezeigt. Diese Eigenschaften beeinflussen Zugang. Billigkeit und Zugang reflektiert die Stärke von Sozialgerechtigkeit innerhalb eines Landes. Sozialgerechtigkeit ist ein Pfosten der Primärgesundheitspflege.

Historisch war Apartheid in Namibia der Pfosten des Sozialunrechts. Apartheid rationalisierte die Ablehnung des Zuganges zu den Betriebsmitteln für die Majorität der Bevölkerung. Das MOHSS in seiner Politikaussage hat eine soziale Gerechtigkeitsposition - beim Angeben angenommen, dass Gesundheit ein grundlegendes menschliches Recht ist. Gesundheit als Recht wird eine Wirklichkeit, nur wenn Betriebsmittel geographisch, rassisch, kulturell und gerecht unter den unterschiedlichen Kategorien verteilt werden.

Im Anbetrachter der der Frage des Zugriffs, muss Genus und verwundbare Bevölkerung besonderer Aufmerksamkeit gegeben werden. Die Grunderleichterung von PHC wird von der Regierung der Republik von Namibia durch Wirtschaftsplanung und von nationalen Ausgaben geliefert. Es ist weiter wichtig, zu bemerken, dass die sozialen Sektoren in Namibia stark von der jährlichen Haushaltsplanzuordnung unterstützt werden. In Gesamtsumme wird den Regierungsgebäuden von Grundschulung, höheren Schulung, Gesundheit, Jugend und Sport 39,49% des Staatshaushalts (Haushaltsplananweisung 1999/2000), von der dem MOHSS 14,5% des gesamten Staatshaushalts zugewiesen. Veterinärgesundheitsversorgung wird durch das Regierungsgebäude von Landwirtschaft, Wasser und ländlicher Entwicklung mit einer Zuordnung von einer Gesamtsumme von 5,57% des Staatshaushalts unterstützt.

Prinzipiell sollten die haushaltmäßigen Verteilungen für allen Entwicklungsaufwände (Infrastrukturentwicklungen) sowie die Projekte sorgen, die direkt mit PHC/CBHC und Veterinärgesundheit betroffen werden. Für Training des Personals wird entweder über die beteiligten Ministerien oder durch das Ministerium von höherer Ausbildung und die Universität von Namibia (UNAM) gesorgt.

Die allgemeine Übersicht über die Haushaltszuordnungen wird in Graphik 1 im Folgenden gegeben. Spezifische Haushaltszuordnungen werden von Tabelle 4 und 5 gegeben. Tabelle 5 beinhaltet verfügbare Pläne für Entwicklungsaufgaben, und Tabelle 5 führt die in Anbetracht der Donatorhilfe veröffentlichten Pläne aus.

Tabelle 4: Pläne, Entwicklungsausgaben

Titel	Abwicklung eines mahangu-basierten Entwöhnungssessens für Namibia
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> – verbessern Sie Nahrungssicherheit und Ernährung von Säuglingen und kleinen Kindern durch die Einleitung verbesserter Entwöhnung und die Praktiken – bestimmen Sie die Machbarkeit und entwickeln Sie einen Vorschlag für ein geschäftlich produziertes mahangu-basiertes Entwöhnungssessen
Standort	Landesweit
Schätzkosten	US-\$ 85.000,00
Kontakt	Regierungsgebäude von Gesundheit

Titel	Einstellung und Verhalten ändern sich in Richtung der Verbesserung des Gesundheitsstatus durch Kontrollieren der Bilharziose in Gemeinschaften
-------	--

	in Nordnamibia
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> - identifizieren Sie die Natur und das Ausmaß des Bilharzioseproblems - finden Sie Potential Lösungen - liefern Sie lokalen Gemeinschaften materielle Methoden dafür, Wissen zu verbessern - entwickeln Sie Anträge darauf, Gemeinschaftszugriff auf adäquate Wasserressourcen und Kanalisationsfunktionen zu verbessern
Standort	<i>Kavondo, Zambezi, Kavango, Gemeinschaften</i>
Schätzkosten	US-\$ 240.000,00
Kontakt	Regierungsgebäude von Gesundheit

Titel	Unterstützung zu Alkoholmissbrauch programmiert in Namibia
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Nahrungssicherheit und Ernährung durch Verringern der Probleme des Alkoholmissbrauchs - Verhütung und Behandlung - Rehabilitationseinrichtungen innerhalb der Gemeinschaft - Datenerfassung über Alkoholmissbrauch - Einrichtung von nationalen Alkohol- und Medikamentenrehabilitation zentren - Freizeit- und Bildungsfunktionen errichten - kontrollieren Sie Alkoholhandelsplätze
Standort	-
Schätzkosten	US-\$ 200.000,00
Kontakt	Regierungsgebäude von Gesundheit

Titel	Die sozial-ökonomischen Ernährungskonditionen von landwirtschaftlichen Betriebsarbeitern und ihren Familien
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> - prüfen Sie die sozial-ökonomische Arbeit, Nahrungssicherung und Ernährungssituation von landwirtschaftlichen Betriebsarbeitern - stellen Sie Grundspezifikationsdaten zur Verfügung um notwendige Konditionen anzusprechen - bestimmen Sie die Gesundheit, Ernährungsbezogen und Nahrungssicherheit unter landwirtschaftlichen Betriebsarbeitern - verbessern Sie die Gesundheit und Nährstatus und den Status des Nahrungssicherheit unter landwirtschaftlichen Betriebsarbeitern
Standort	Landesweit
Schätzkosten	US-\$ 85.000,00
Kontakt	Rechtsschutzcenter

Titel	Steuern Sie Gemüseschema für unterernährte Kinder
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> - verbessern Sie Haushaltsnahrungssicherung und Ernährung durch Bewerben der Produktion, Verbrauchs und Verkaufs nahrhafter Nahrung - leiten Sie einen auf gemeinschaftsbasierte Gemüseärten ein, als einen Teil der Gemeinschaftsernährungsprogramme - verbessern Sie Gartengartenarbeitsverwaltung und Produktionstechniken für die Produktion von nahrhafter Nahrung für Verbrauch und Verkauf
Standort	<i>Okombahe, Ondobe, Otjimbingwe, Oshakati</i>
Schätzkosten	US-\$ 145.000,00
Kontakt	Regierungsgebäude von Landwirtschaft

Titel	Sicherheit der „Street Food“
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> – verbessern Sie Nahrungswertpapierernährung und Gesundheit dadurch, die Sicherheit und Qualität der Straßennahrung zu verbessern – gewinnen Sie ein Verständnis des Straßennahrungsgeschäfts einschließlich der Sicherheit der Straßennahrung und seiner sozioökonomischen Wertigkeit
Standort	landesweit
Schätzkosten	US-\$ 110.000,00
Kontakt	Regierungsgebäude von Gesundheit

Titel	Entwicklung von Ernährungsrichtlinien
Hauptziele	– verbessern Sie Haushaltsnahrungssicherung und Ernährung durch Entwickeln einer gemeinsamen Anzahl von Ernährungsrichtlinien
Standort	Windhoek
Schätzkosten	US-\$ 25.000,00
Kontakt	Regierungsgebäude von Gesundheit

Titel	Gemeinschaftsbasierte Ernährungsschulung in Stadtbereichen
Hauptziele	<ul style="list-style-type: none"> – beurteilen Sie die Nachfrage für ein Ernährungsschulungsprogramm unter Frauen – entwickeln Sie den vorgeschlagenen Verlaufinhalt aufgrund der Beurteilung
Standort	Namibias Frauenzentrum, Katutura
Schätzkosten	US-\$ 10.000,00
Kontakt	Regierungsgebäude von Gesundheit

Titel	Beurteilung des Kanalisationssektors und der institutionellen Anforderungen auf der zentralen Regierungsebene
Hauptziele	– verbessern Sie Konditionen für Nahrungssicherung und Ernährung durch Vorschlagen und Einführen einer institutionellen Struktur in der Zentralregierung auf gleicher Höhe mit dem Mandat für Kanalisationsabwicklung und Wartung
Standort	Windhoek
Schätzkosten	US-\$ 25.000,00
Kontakt	Nationale Planungskommission

Tabelle 5: Pläne veröffentlichten in Anbetracht der Donatorhilfe

Titel	Schätzkosten (N \$ 000)	Tatsächlichen bis zu 1997/98	Voraussichtliches Ende
Windhoek forensische psychiatrische Einheitserweiterung	31.448	24.408	7.04
Katutura Krankenhausrenovierung	24.809	8.359	16.45
Windhoek zentrale Krankenhausrenovierung	24.089	9.439	14.65
Nationales Kapital plant Realisierbarkeitsstudien	1.141	141	1.000

Oshakati Krankenhausausdehnung	38.703	4.453	34.25
Landesweite orthopädische Aufschlagserstellung	11.188	1.573	9.615
Rückt mit Zugeständnissen heraus	6.735		6.735
Eenhanan Krankenhauskonstrukt	7.698	6.191	1.507
Rundu Krankenhauserweiterung	38.313	23.073	15.24
Landesweite Leichenhallen Konstrukt	1.719	999	720
Opuwo Krankenhauserweiterung	18.340	11.620	6.72
Kamatu Krankenhausverbesserung	22.288	14.998	7.29
Grootfontein Krankenhausentwicklung	18.574	13.594	4.98
Walvis Bay Krankenhauserweiterung	21.893	1.993	19.9
Onandjokwe Krankenhauserweiterung	10.193	2.873	7.32
Khorixas Krankenhauserweiterung	13.101	111	12.99
Uukwaluthi Krankenhauserweiterung	6.678	928	5.75
Outjo Krankenhausausdehnung	10.800		10.800
Karasburg Krankenhäuser Renovierungen	13.642	292	13.35
Tsumeb Krankenhauserweiterung	13.419	69	12.729
Omaruru Krankenhausausdehnung	12.150		12.150
Landesweites Hauptgesundheitsorgenklinikkonstrukt	31.345	1.895	29.45
Hauptgesundheitsorgenmittkonstrukt	25.716	1.386	24.33
Landesweite Wertpapieranlage und Erweiterung	3.758	658	3.1
Andara Krankenhauserweiterung	12.068	68	11.388
Nyangana Krankenhausrenovierung und Erweiterung	14.140		14.140
Oshikuku Krankenhauserweiterung	15.100		15.100
Okakarara Krankenhauserweiterung	8.288	38	7.908
Landesweite regionale Geschäfte Konstrukt	10.839	39	10.449
Otjiwarongo Krankenhauserweiterung	11.150		11.150
Aranos Krankenhauserweiterung	2.650		2.650
Swakopmung Krankenhauserweiterung	10.825	25	10.575
Keetmanshoop Krankenhauserweiterung	7.300		7.300
Katima Mulilo Krankenhausrenovierung und Erweiterung	12.759	9	11.859
Nationale Strahlenschutzinfrastruktur	1.098	30	0.798
Landesweite Kanalisationsfunktionen	7.495	3.095	4.4
Ichtus Renovierung	2.230		2.230
Nationale PHC Planungshumankapitalabwicklung	2.296	556	1.74
Nationale Gesundheitsverwaltungsinformationssystementwicklung	10.134	322	9.812
Stärkende Geräteverwaltung	250		250
Realisierbarkeitsstudie auf Gemeinschaftssozialhilfe	4.000		4.000

Das Haus der Namibia Kinder	1.400		1.400
-----------------------------	-------	--	-------

5.2 die Rolle des UNAMs

Das UNAM wurde durch eine Transformation der früher bekannten pädagogischen Windhoek Lehrerhochschule eingeführt und 1994 integriert. Heute sorgt das UNAM für mehrere Vollmachten und Referate zum Regierungsgebäude von höherer Schulung. Bisher wurden hat die medizinische Fakultät nur gewerbsmäßige Krankenschwestern und Röntgenologen als auch Fleischprüfer ausgebildet und erzogen. Diplomgrade und graduierte Grade werden angeboten. Die Anzahl von zurzeit für alle Kategorien eingeschriebenen Studenten beträgt 650 von welchem +/-100 graduieren, auf einer jährlichen Basis. Die Dauer von den Verläufen sind 4 Jahre, 3 Jahre und 6 Monate. Die UNAM, welches seinen Kooperationsgeist international weiter öffnet, ist interessiert an der notwendigen Unterstützung durch Partnerschaften wenn die finanziellen Betriebsmittel es ermöglichen.

5.3 die Rolle von NGOs

Die nicht-staatliche Organisationen (NGOs) „**non-governmental organisations (NGOs)**“, Kirchen und religiöse Organisationen sind eine wichtige Rolle in der Gesundheitssorgenleistungserbringung in Namibia und haben auch zur Entwicklung von CBHC beigetragen. Ihre Rolle in Weiterentwicklung und Implementierung von PHC/CBHC ist anerkannt.

Die nichtstaatlichen Organisationen, die in CBHC in Namibia mit einbezogen werden, sollten diese amtlichen Richtlinien verwenden, die ihre PHC Programme einführen. In der Materie von Veterinäraufschlägen sind NGOs jedoch nicht direkt verwickelt spielen eine wichtige Rolle als Ausdehnung und sensibler Vermittler.

5.4 die Rolle von Spendern

Die Rolle von Spendern in der Implementierung von PHC/CBHC wird sein, die Bemühungen von Gemeinschaften und die Regierung beim Erreichen des größeren Zugriffs auf Gesundheitspflege und Entwicklung zu ergänzen.

Spender sollten sich eingestehen, dass Ergebnisse lange brauchen ihr Ziel zu erreichen und sollten deshalb nachsichtig sein, gegenüber der Geschwindigkeit der Gemeinschaften, ein Ziel zu erreichen. Von diesen offiziellen Richtlinien sollte von allen Spendern gebraucht gemacht werden, die beabsichtigen, PHC/CBHC in Namibia zu unterstützen. Obwohl Eigenkapitalhilfe eine wichtige Rolle in PHC/CBHC Versorgung bei Waren, Geräten, private und Veterinärgesundheits spielt, sollten sich Spender mit den Richtlinien für Spenden befassen. „**Donor Aid Policy of Namibia**“. Es ist wichtig, dass Namibia keine Unterstützungsprogramme zur Gesundheit und sozialer Sorge akzeptieren kann, die vereinbaren, dass zinsgünstiger Kredit konditioniert wird, da es schwierig diese praktisch zu berechnen. (Wie sollen Einnahmen in diesen Fällen generiert werden, um eine Anleihe zum Beispiel zurückzuzahlen?)

Krankenhauspläne für Namibia

1. Entsprechend NDP1, beschäftigen sich alle sozialen Sektorregierungsgebäude, einschließlich der Gesundheit, nicht mit Projekten auf Anleihbasis sondern nur finanzierte Projekte.
2. Alle Pläne vom Regierungsgebäude von Gesundheit und sozialen Aufschlägen werden gebührend für Angebotsabgabe angezeigt. Interessierte Leute/Institutionen wären berechtigt, um durch Weg des wettbewerbsfähigen Angebots zu bieten. Relevante Information sind erhältlich vom Ausschusssekretariat. Die Anschriften lauten:

Ministry of Finance
Tender Board
Fiscus Building
John Meinert Street
P. O. Box 2388
Windhoek
Tel.: 00264-61-2092602
Fax: 00264-61-236454
The Secretary: Ms Shipoke

Ministry of Health and Social Services
Harvey Street
Private Bag 13198
Windhoek
Tel.: 00264-61-2032800
Fax: 00264-61-227607
The Permanent Secretary: Dr. Shangula

3. Interessierte die Leute/Institutionen können ein Joint Venture oder Ko-Finanzierung auf einer Anleihebasis mit einigen der privaten Krankenhäuser/medizinische Unternehmen in Namibia gründen. Anschriften von diesen sind erhältlich vom Registrator der Unternehmen. Die Anschrift liest wie folgt:

Ministry of Trade and Industry
Division Registration of companies
Brendan Simbwaye Square, Block B
Goethe Street
Private Bag 13340
Windhoek
Tel.: 00264-61-2837111
Fax: 00264-61-222576

Kontaktanschriften

Embassy of the Republic of Namibia
Wichmannstr. 5
10787 Berlin

Tel.: +49-30-263 90 00
Fax: +49-30-263 900 10

Ministry of Health and Social Services
Harvey Street
Private Bag 13198
Windhoek

Tel.: +264-61-2032800
Fax: +264-61-227607

Ministry of Works, Transport and Communication

Bell Street, Snyman Circle
Private Bag 13341
Windhoek

Tel.: +264-61-2089111
Fax: +264-61-224060

Ministry of Agriculture, Water and Rural Development
Government Office Park
Corner Robert Mugabe Avenue and Luther Street
Private Bag 13184
Windhoek

Tel.: +264-61-2087111
Fax: +264-61-2087767

Directorate of Veterinary Services

Tel.: +264-61-2022034
Fax: +264-61-221962

National Planning Commission
Government Office Park
Luther Street
Private Bag 13356
Windhoek

Tel.: +264-61-2834111
Fax: +264-61-236794

University of Namibia
Mandume Ndemufayo Road
Pionierspark
Private Bag 13301
Windhoek

Tel.: +264-61-2063111
Fax: +264-61-242644

Namibian Pharmacy Board
Maerua Park
Windhoek

Tel./Fax: +264-61-258170

Verweise (in alphabetische Reihenfolge)

1. Haushaltsplananweisung 1999/2000
Regierungsgebäude von Finanzen, 1999
2. Donatorunterstützungspolice von Namibia
Regierungszeitung
3. Familienplanungspolitik
Regierungsgebäude von Gesundheit und sozialen Aufschlägen, 1995
4. Integrierte Gesundheitssorgenleistungserbringung, die Herausforderung der
Implementierung
Regierungsgebäude von Gesundheit und sozialen Aufschlägen, 1995

5. Medizinische und Zahnberufe handeln
1993
6. Nationale Police und Strategie für Malaria kontrollieren
Regierungsgebäude von Gesundheit und sozialen Aufschlägen, 1995
7. Neuerungen helfen ein
Der Namibier, 1999
8. Apothekenberufsgesetz
1993
9. PHC Mitteilungsblatt, das sich auf AIDS konzentriert
Regierungsgebäude von Gesundheit und sozialen Aufschlägen, 1995
10. Zwecke, Struktur und Funktionen
Aufsichtsrat von Veterinäraufschlägen, 1998
11. Zusammenfassung des öffentlichen Sektorkapitalanlagenprogramms und Profile von
zusätzlichen Plänen für Finanzierung
Regierung der Republik von Namibia, 1995
12. Die offizielle nationale Hauptgesundheitsorge/Gemeinschaft basierten
Gesundheitssorgenrichtlinien
Regierungsgebäude von Gesundheit und sozialen Aufschlägen, 1992
13. Persönliche Diskussionen: Regierungsgebäude von Arbeiten, Transport und
Kommunikation, 1999
 Universität von Namibia, 1999
 Nationale Planungskommission, 1999