

”Bedre sundhed for fattige kvinder i Sunderbans, Indien ”

- en beretning om et sundhedsprojekt.

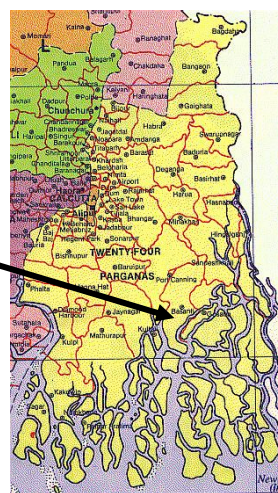
V/ overlæge Lene Kieler Jensen
Gynækologisk/Obstetrisk afdeling, Sygehus Fyn Svendborg, Region Syddanmark.

Det var med stor glæde, at jeg i oktober måned 2006 fik meddelelse om at DSOGs FIGO fond havde bevilget 154.500 kr. til et kvindeprojekt i Indien, som jeg er projektleder for.
Projektets titel er: ”Kvindesundhedsprojekt; bedre sundhed for fattige kvinder i Sunderbans, Indien.”

Sunderbans er verdens største mangroveområde beliggende i Ganges-Brahmaputradeltaet. Den ene halvdel hører til Bengalen, Indien, den anden til Bangladesh.



Indien



Sunderbans

Sunderbans består af et utal af øer gennemskåret af floder hvor vandstanden ændrer sig c 8 m med tidevandet. Halvdelen af øerne er fredede og her holder den Bengalske tiger til. Resten af øerne er beboede af en befolkning der hører til nogle af de fattigste i verden .De ernærer sig ved landbrug eller fiskeri. Men pga. befolkningspresset bliver jordlodderne mindre og mindre og jorden udpint. Også fiskebestanden er gået meget tilbage. Mange er jordløse og må ernære sig som løsarbejdere. Området er ret isoleret fra omverdenen, først for nylig er der bygget en bro fra fastlandet til en af øerne ellers kommer man rundt med båd fra ø til ø. Bådene er træbåde hvor der er lagt planker på tværs så man kan stå skulder ved skulder som i en overfyldt bus under overfarten. Ofte har passagererne masser af bagage med inklusive store kurve med grøntsager der skal sælges på markedet, levende dyr eller cykler. Hvor besværlig transporten er, afhænger af tidevandet. Ved flod kan man gå direkte fra digerne ombord på båden, mens det ved ebbe er nødvendigt at gå et godt stykke på den fedtede, mudrede flodbund for at komme ud til bådene.



Transport i træbåde.



Mangroveskoven i Sunderbans.

Der er ingen infrastruktur af betydning på øerne. Hvis man ikke går, er den mest udbredte transportform cyklen ofte med et lad bagpå så flere mennesker eller varer kan transporteres. Efterhånden er der også kommet autorickshaws, motorcykler og enkelte biler. Vejnettet er meget nedslidt og kan slet ikke klare den motoriserede trafik. Der er ingen elforsyning. Hvis man har råd til det skaffer familierne sig elektricitet enten med generator eller solfangere.



Lokalt transportmiddel.



Lerklinet landsbyhus. Vandet i dammen bruges til bad, vask og madlavning.

Et af de største problemer for befolkningen er mangel på basale sundhedsforanstaltninger. Det offentlige sundhedsvæsen er stort set ikke eksisterende; de få klinikker der er, er nedslidte og ofte kun bemandet få dage om måneden. De private klinikker er der kun et fåtal, der kan betale og de er desuden beliggende på fastlandet. Specielt den manglende omsorg for kvinder i den fødedygtige alder er katastrofal hvilket har dramatisk betydning for hele familiens trivsel, de kommende generationer og dermed hele samfundets udvikling.

Jeg har lært Sunderbans at kende gennem mit mangeårige medlemskab af IGF (Indiengruppen Fyn). IGF er en dansk NGO der siden den blev dannet i 1992 har arbejdet med bæredygtig udvikling i Indien, specielt i Vestbengalen. Den har base i Svendborg, men medlemmerne er spredt over hele landet og har forskellig faglig baggrund. IGF har i Indien opbygget et stort netværk af NGO'er, videncentre, regeringsafdelinger og har i dette netværk etableret partnerskab med JGVK (Joygopalpur Gram Vikash Kendra) en lokal græsrodsorganisation i Sunderbans. JGVK har med hjælp fra IGF og DANIDA støtte gennemført flere udviklingsprojekter indenfor bl.a. husdyrhold og hjemmeindustri. Alle projekter har kvinder som målgruppe. Kvinderne bliver organiseret i såkaldte SHGer (selvhjælpsgrupper) hvor de i fællesskab finder frem til hvad der er deres problemer og hvordan disse evt. kan løses. Alle projekter tager deres udgangspunkt i disse SHGer.



Møde i en selvhjælpsgruppe.

Der har længe været et ønske om etablering af et lokalt sundhedssystem, helst i form af en klinik bemannet med læger og sygeplejerske og diverse udstyr. Et sådant system er meget dyrt at etablere og drive i det daglige, hvilket betyder at det aldrig kan blive bæredygtigt. Hvilket igen betyder at det er umuligt at få bevilget midler til et sådant projekt. Fra IGFs side foreslog vi i stedet et sundhedssystem baseret på lokal indsats med fokus på kvindesundhed specielt omkring graviditet og fødsel.

Ideen til projektet er udviklet gennem mange år, hvor jeg regelmæssigt har besøgt Sunderbans og hver gang har afholdt klinikker for 150-200 kvinder, har snakket med mange lokale kvinder om kvindesundhed, graviditet og fødsel og har interviewet mange lokale fødselshjælpere (Dais). Kvinderne er generelt under/fejlernærede (stort set ingen kvinder vejer over 50 kg), de er belastede af hårdt fysisk arbejde også under graviditeten og straks efter fødslen. Offentlig svangreomsorg er stort set ikke eksisterende og hvis den findes begrænser den sig til tetanus-vaccination og udlevering af jernmedicin. I de fleste tilfælde bliver jerntabletterne ikke spist, dels giver de besværlig forstoppelse og dels tror man at barnet bliver for stort . Der er ingen oplysning om formålet med medicineringen. Der er stor uvidenhed omkring graviditet og fødsel samt megen overtro. F.eks. får den gravide ofte endnu mindre at spise for at barnet ikke skal blive for stort ,det samme sker for kvinden i barselsperioden, men nu er det for at hun hurtigere skal ”tørre ud” indvendig og holde op med at bløde. Familien har ingen forståelse for at den gravide kan have brug for hvile og aflastning og man gør intet for at forberede en forestående fødsel, f.eks. lægge penge til side til eventuelle komplikationer eller sørger for transport i tilfælde af komplikationer.



På besøg hos den lokale kvaksalver.



Hans GU-leje.

Selv om det er ulovligt er det meget udbredt at pigerne bliver gift som 15-17 årige og har således ofte født flere børn inden de er fyldt 20-23 år. Brugen af prævention er ikke udbredt specielt ikke blandt de allerfattigste. Det betyder at provokerede aborter er almindelige. Ab pro er lovlig i Indien og gratis på de offentlige hospitaler, men da sådanne stort set ikke findes i området går pigerne til kvaksalvere (Rural Medical Practitioneris=RMP) som er meget udbredte på landet i Indien. Gentagne evacuatioer med infektion til følge ses ofte og dødeligheden er høj.

De fleste fødsler foregår hjemme, ofte i et mørkt hjørne af verandaen uden de store forberedelser. Den fødende får hjælp af en lokal fødselshjælper (Dai) som for det meste er analfabet og ingen viden/træning har vedrørende det normale fødselsforløb, endsiget det patologiske. Det er ikke ualmindeligt at kvinden presser i 18- 24 timer hjulpet af fundustryk eller liggende på maven over et omvendt lerkar. Evt. bliver kvaksalveren tilkaldt og han giver den fødende gentagne oxytocininjektioner. I visse områder er det kun en helt speciel person der må klippe navlestrengen over, undertiden må man vente halve til hele dage på denne person! Også behandlingen af den nyfødte er ofte direkte farlig. Verandaen i en fattig mands lerhus er mørk og snavset og i monsuntiden også kold og fugtig.. Hygiejnen er derfor dårlig og den nyfødte får desuden diverse tilskud til modermælken lige fra fødslen - såsom vand, honning, fortyndet komælk, risvand o ligende. De dysmature babyer er i særlig risiko og da 40% af hele verdens dysmature fødes i landdistrikterne i Indien er problemet enormt. Hvis barnet ikke skriker umiddelbart efter fødslen prøver man diverse tiltag såsom opvarmning af placenta, steroidinjektioner af kvaksalveren eller deciderede heksekunster.



Nybagt mor med 1 dag gammel baby.



Her fødte hun i et hjørne af hytten.

Formålet med projektet er derfor at etablere en basal svangreomsorg og øge fødselshjælpernes kapacitet. Sammen med en jordemoderkollega, Inga Hjortkjær fra Fødeafdelingen på Sygehus Fyn, Svendborg fik jeg i sommeren 2006 bevilget penge til en forundersøgelse fra Minipuljen (en fond under DANIDA hvor der kan søges til mindre projekter i NGO -NGO samarbejde). I september rejste vi derfor 14 dage til Indien for detaljeret at kunne beskrive projektet. Dette skete i tæt samarbejde med partnerorganisationen , kvindegrupperne og lokale ressource personer. Det stod ret hurtigt klart at undervisningen/træningen skulle udføres af lokale, både pga. sprogproblemer, men også for at sikre den lokale forankring, som er så vigtig for at udviklingsprojekter skal lykkes. Vi fik kontakt med en NGO kaldet CINI (Children In Need Institute) som har mange års erfaring i træning af landsbyfolk i sundhedsrelaterede emner. Efter forundersøgelsen kunne vi så indsende den endelige ansøgning.

Projektet består i at 2 kvinder fra hver af 10 involverede landsbyer bliver uddannede til Field Health Workers (FHW) med hovedvægten lagt på graviditet og fødsel, men også på kvindesundhed mere generelt, f.eks. familieplanlægning. De skal lære om almindelige graviditetsproblemer og om hvordan man kan afhjælpe dem. De skal lære om de vigtigste graviditetskomplikationer, hvilke man kan forsøge at forebygge lokalt og hvilke der kræver yderligere behandling hvis denne findes. Men vigtigst af alt skal FHWeren støtte den gravide med regelmæssige besøg i hendes hjem. Hun skal også arrangere "Mothers Meetings", hvor de gravide og nybagte mødre i landsbyen kan samles og diskutere deres

problemer og få gode råd om ernæring, det nyfødte barn o.a.. Hun skal også holde møder hvor hele landsbyen skal deltage og hvor man skal diskutere faren ved at pigerne bliver gift bort så unge, familieplanlægning, at en graviditet er hele familiens ansvar og lignende. Til projektet bliver der også tilknyttet en læge der har lokal kendskab og vil være tilstede et par dage om ugen. Udover FHWerne skal et antal Dais også undervises så de bliver bedre til at lede en fødsel. Dais skal undervises i basal hygiejne og det normale fødselsforløb samt lære faresignalerne ved den patologiske fødsel. Hun skal også lære at støtte den fødende psykisk hvad der ikke er tradition for. Til at supervisere og støtte FHwers og Dais bliver der uddannet 5 trænere blandt JGVKs personale.

Vi havde herefter den glæde at Minipuljen ville støtte projektet med ca. 400.000 kr. og FIGOs fond supplere med ca. 150.000 kr.



På vej til møde med landsbykvindene.

Det betød at vi i januar 2007 kunne rejse til Indien i ca. 3 uger og starte projektet op. Under vores ophold havde vi mange møder med CINI, hvor vi planlagde hvad der skal undervises i og fik valgt undervisningsmateriale og lagt undervisningsplaner. Vi havde oplysningskampagner i de involverede landsbyer, hvor Inga og jeg introducerede projektet for kvinderne med min datter som tolk. Kampagnerne startede altid med at kvinderne skulle fortælle om deres daglige liv i landsbyen. På den måde fik de afdækket de problemer der er i forbindelse med deres graviditet og fødsel.

Herefter fortalte vi om projektet. Forklarede hvad de kan bruge det til og ikke mindst hvad de kan forlange af den FHWer der bliver tilknyttet deres landsby. Vi havde også møder med lokale politikere for at få deres accept og støtte. I projektet er der også planlagt møder med de lokale kvaksalvere med henblik på oplysning og information. Vi deltog i interviewene og udvælgelsen af de kvinder der skal uddannes til FHwers og Trænere.



Møde med landsbykvindene.



Undervisningsplanche ang. kvinders arbejdsbyrde.

Selve træningen startede op i begyndelsen af februar og den vil fortsætte hele foråret . Undervisningen vil både være teoretisk og praktisk og specielt det sidste, da det drejer sig om kvinder med meget dårlige skolekunderskaber. Man vil i stor udstrækning bruge rollespil. Underviserne vil også følge eleverne i deres respektive landsbyer. Vi regner med at FHWerne kan begynde at arbejde i april. Jeg bliver løbende holdt orienteret om udviklingen og kan komme med gode råd og anvisninger. Inga og jeg planlægger et opfølgende besøg i september og jeg vil efterfølgende berette om hvordan det er gået.

Projektet skal køre et år for projektpengene. Det er planen at søge om yderligere projektpenge til udbredelse til flere landsbyer, mens bæredygtigheden vil bestå i brugerbetaling, som er mulig fordi projektet er tilknyttet SHGerne samt andre indkomstgivende projekter.

Vi har ingen forestilling om at projektet vil medføre en mærkbar ændring i mødremortaliteten, men måske morbiditeten. Vigtigere er dog at sådanne projekter giver kvinderne selvtillid, selvforståelse og bevidsthed om deres egne forhold, samt mulighed for selv at gøre noget for at forbedre levevilkårene. Allerede under vores møder i landsbyerne gav kvinderne klart udtryk for hvor meget det vil betyde for deres liv at der er nogen der bekymrer sig om den gravide og fødende.

Få mere information om IGF på hjemmesiden www.indiefyn.dk. Hvis du er interesseret i at vide mere om danske NGOer der arbejder i udviklingslande, kan du gå ind på Projektrådgivningens www.prngo.dk - det er en sammenslutning af mere end 200 NGOer i Danmark.

