



**GANDHARVA & DALIT UPLIFTMENT SAMAJ**  
Ayodhyapuri, Madi, Chitwan

**Kantipur Health Camp 2011**

[Vælg datoen]



## **GANDHARVA & DALIT UPLIFTMENT SAMAJ** Ayodhyapuri, Madi, Chitwan

### **Kantipur Health Camp 2011**

#### **Baggrund:**

Kantipur Health Camp er et sundhedsprojekt i Madi provinsen i Chitwan District i Nepal og en del af et dansk-nepalesisk græsrods samarbejde, hvis primære formål er at støtte tre landsbyer i deres bestræbelser på at løfte sig selv op over fattigdomsgrænsen. Vejen til dette går via etablering af en andelsforening, hvor familierne sparer penge op til deres fælles fremtid. Der er desuden allerede gang i et skoleprojekt, et veterinærprogram, et drikkevandsprojekt og et erhvervsudviklingsprojekt.

Familierne lever under fattigdomsgrænsen og det er derfor aktuelt med en indsats på sundhedsområdet. Landsbybeboerne fremsatte i 2010 et ønske om, at der i første omgang blev iværksat en indsats for at mindske problemerne med spædbarns- og børnedødeligheden samt kvindesygdomme i forbindelse hermed.

Der opstår hyppigt problemer i forbindelse med fødsler i Nepal og samtidig er spædbørnsdødeligheden relativ høj: 39 spædbørn ud af 1000 dør indenfor det første leveår. Spædbørnsdødeligheden er således godt 12 gange så høj som i Danmark. Børnedødeligheden indenfor de første 5 år er 51 pr 1000 i Nepal mens den i Danmark er 4 pr 1000 (Verdensbanken, april 2011).

Erfaring fra lignende projekter i f. eks. Røde Kors regi (Røde Kors-venskabsprogram i Nepal, 2009) viser, at hovedårsagen til fødselskomplikationer og den høje spædbørnsdødelighed er dårlig hygiejne – både hvad angår de sanitære forhold og hvad angår den personlige hygiejniske adfærd – kombineret med dårlig ernæring / vitaminmangel. Undersøgelser viser at 45 % af de nepalesiske børn er undervægtige. Derfor er dette sundhedsprojekt rettet mod kvinderne og deres børn under fem år.

Andelsforeningen ønsker at etablere en permanent lokal sundhedsklinik. En af landsbyens yngre kvinder har taget en kortere sundhedsfaglig uddannelse. Det er planen at hun skal være med til at opbygge sundhedsklinikken og sammen med hende og andre sundhedsfaglige personer, skal vi undervejs drøfte, hvorledes sundhedsarbejdet bedst forsætter fremover.

## **Vores antagelser:**

Ud fra ovenstående forventede vi at komme ud til et landsbysamfund uden et permanent sundhedstilbud – eller med et kun svært tilgængeligt sundhedsvæsen.

Vi forventede, at kvinderne ikke modtog nogen former for graviditetskontrol og at fødslerne typisk foregik i hjemmet.

Vi forventede ringe tilslutning til det anbefalede nationale vaccinationsprogram.

Vi forventede ligeledes ringe tilslutning til det anbefalede A-vitamin og ormeforebyggelses program.

Vi forestillede os at mange børn var underernærede og at de led af hyppige gastrointestinale problemer som diarretilfælde og ormeinfektioner.

Endvidere antog vi at kun få familier havde gode latrinære forhold, og at der generelt var store hygiejniske problemer.

## **Formålet med Kantipur Health Camp projektet:**

- At forberede fundamentet til en kommende sundhedsklinik, som skal etableres i en af de tre landsbyer.
- At øge kvindernes viden om kroppens funktioner, ernæring og hygiejne.
- At vejlede kvinderne om mulighederne for at undgå fødselskomplikationer og spædbarnsdød.
- At afdække de 0-5 åriges sundheds- og ernæringstilstand.

## **Mål for projektet:**

- At der er skabt fysiske rammer for en sundhedsklinik og at de nødvendige remedier til at varetage sundhedsarbejdet er indkøbt.
- At alle kvinder i den fødedygtige alder er tilbudt undervisning i deres krops anatomi og fysiologi i relation til graviditet og fødsel.
- At alle børn mellem 0-5 år er tilbudt screening – som minimum H/V registrering.
- At alle førskolebørn er tilbudt synsprøve.
- At alle kvinder er tilbudt at deltage i workshops om ernæring og hygiejne.

## **Mål på lang sigt:**

- At kvinderne får indsigt i ernæringens og hygiejnens betydning for sundhedstilstanden, og at de bliver i stand til at anvende denne viden, således at både børnenes sundhedstilstand, og den generelle sundhedstilstand forbedres.

- At kvinderne får indsigt i kvindekroppens normale funktioner, og derved bliver i stand bedre at tage vare på sig selv og skelne mellem normale forhold og tilstande hvor der er behov for sundhedsfaglig hjælp.

### **Deltagere:**

I samarbejde med en nepalesisk sygeplejerske – der også skulle fungere som tolk - deltog praktiserende læge Anette Mønster, sundhedsplejerske Gitte Thorup og sygeplejerske Britta Fuhlendorff som volontører.

### **Tidsramme:**

Projektet forløb over 5 uger fra uge 41 – 45, 2011. Hvor de tre sygeplejersker deltog i alle ugerne og lægen i to af ugerne.

### **Metode:**

Forberedelsesfasen foregik i Danmark med Skype møder, mails og udarbejdning af projektbeskrivelse i samarbejde med den nepalesiske sygeplejerske, der var ansat to mdr. før Health Campens opstart. Trods tolk vidste der sig at være sproglige, kulturelle og faglige uoverensstemmelser i måden at gribe projektet an på, så lige før opstart var vi nødt til at afskedige den første nepalesiske sygeplejerske og ansætte en anden. Arati Upadhaya blev vores nepalesiske sygeplejerske og viste sig som nyuddannet og 20 årig, at være en sygeplejerske med stor teoretisk viden og erfaring fra uddannelsen med sundhedsfremmende arbejde blandt andet i landsbyer. Efter tre dages ophold i Kathmandu med sprog og kultur undervisning drog vi af sted til Madi med det i Nepal indkøbte medicin og utensilier. Vi blev indkvarteret i den midterste af de tre landsbyer hos skoleinspektøren og dennes hustru. Sidst nævnte viste sig at være en væsentlig ressourceperson i forhold til projektet, og de perspektiver vi ser i det fremtidige sundhedsarbejde.

Det første initiativ i landsbyerne var at få overblik over de sundhedstilbud som landsbyernes beboere har til rådighed. Vi startede med at besøge en af de traditionelle healere, der tilbyder hjælp til beboerne i landsbyerne (se bilag 1) for at høre om hans tilbud og samarbejde med det traditionelle sundhedsvæsen. Ligeledes var målet at fortælle ham om vores projekt og tilbyde et samarbejde med ham. Derefter opsøgte vi det lokale Health Center i Khar Khatta ca. 2 km fra landsbyerne. Her fortalte vi om vores projekt og hørte om de muligheder, der er i det etablerede sundhedssystem. Bilag 2 viser opbygningen af sundhedsvæsenet i Madi, og de tilbud der er til rådighed.

I projektbeskrivelsen beskrev vi følgende tre indsatsområder. Under hvert punkt vil den anvendte fremgangsmåde i Madi blive beskrevet:

1. Dataindsamling via måling, observation og samtale m.h.p. at afdækker de 0-5 årige børns sundheds- og ernæringstilstand vha. registrering af vægt og højde, kostregistrering, synsprøve, vurdering af barnets udvikling(kontakten, sproget, fin- og grovmotorik). I den forbindelse anvendes der parametre, som er inspireret af det danske sundhedsvæsen's "Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge" og der tages hensyn til de nepalesiske standarder for børns vækst. Data vil blive dokumenteret på et medicalcard, som skal følge barnet og være en del af et kontinuerligt forløb i forbindelse med det sundhedsfaglige arbejde i den kommende sundhedsklinik. Endvidere vil vi registrere de indsamlede data med henblik på en analyse af den samlede sundhedstilstand i landsbyerne.

De første 14 dage gik vi fra hus til hus og besøgte de familier, der er medlem af foreningen og tilbød sundhedstjek af de 0-5 årige børn. Børnene blev vejet, målt og vurderet i forhold til udvikling og trivsel, og endvidere behandlede vi hudinfektioner. Samtidig spurgte vi ind til f.eks. fødested, ernæring og eventuelle sygdomme. Vi noterede data på et Child Health Card (bilag 3). Da det ikke har været muligt at finde nepalesiske kurver, har vi anvendt WHO's kurver. Vi valgte af praktiske grunde ikke at udlevere kortet til familierne, men har samlet dem i en mappe som nu opbevares sammen med projektets materialer i Kantipur.

2. Sundhedsfremmende formidling m.h.p. at øge kvindernes evne til at skabe sunde livsvilkår og forebygge sundheds- og ernæringsproblemer hos børnene og hos dem selv. Der planlægges workshops, hvor kvinder inviteres i små grupper og undervises i følgende emner: Kost og ernæring, Kvindens anatomi og fysiologi, Graviditet, fødsel og prævention samt spædbarns pleje. Ved samtlige workshops indgår undervisning i hygiejne.

På hjemmebesøgende informerede vi om de kommende workshops og opfordrede kvinderne til at deltage. Workshops blev afholdt efter 14 dage med hjemmebesøg, i et klasseværelse på Ayodhyapuri skole. På baggrund af de problemstillinger der viste sig ved hjemmebesøgene, valgt vi fire områder: Hygiejne, kvinders anatomi, børnesygdomme og kvinde sygdomme, dog med fokus på hygiejne i alle emner. Vi anvendte plancher og pjecer fra det nepalesiske sundhedsvæsen. Efter fælles planlægning varetog den nepalesiske sygeplejerske selve workshoppen, idet vi vurderede at tolkning ville hindre et godt resultat(se bilag 4, hvor de didaktiske overvejelser er beskrevet). Da vi havde en formodning om, at de hårdtarbejdende kvinder ikke ville prioritere workshops så højt, kombinerede vi det med lægekonsultation. Først en workshop og så mulighed for at konsultation ved lægen.

3. Under projektets afvikling vil vi tage varer på simple akutte skader og infektioner. Endvidere vil vi i de konkrete tilfælde vejlede m.h.p. at øge den enkelte landsbybeboers evne til at vurdere i hvilke situationer, det er hensigtsmæssigt at opsøge kvalificeret lægefaglig hjælp ved nærmeste større sundhedscenter.

Udover lægekonsultationerne i forbindelse med workshops, blev vi opsøgt i vores "hjem" eller tilkaldt til lettere sygdomstilfælde og skader. Ved alle henvendelser blev der udarbejdet et OPD-kort (OPD : Out Patient Department, bilag 5). En kopi af dette kort fik patienterne med, hvis vi henviste dem videre i sundhedssystemet, så vores iværksatte behandling var dokumenteret.

## **Afslutning og plan for evaluering**

Som afslutning på projektet aflagde vi rapport til Dr. Bishow Bandly Bagale

([bbandhu@hotmail.com](mailto:bbandhu@hotmail.com)) i District Health Office Chitwan i Narayangadh. Vi fortalte om projektet og om vores erfaringer, bl. a. hvilke sundhedsmæssige problemstillinger vi så i landsbyerne. Han anerkendte vores arbejde og kunne genkende de problemstillinger med hygiejne og hudinfektioner, vi havde oplevet. Han kunne fortælle, at man laver kampagner, men at fattigdommen i landet, der bl.a. problematiserer vandforsyningen og infrastrukturen, er barriere i et U-land som Nepal. Han fortalte, at et nyt tiltag om at aflønne de ellers frivillige lokale sundhedsarbejdere var vedtaget. Som en anerkendelse af og en tilskyndelse til at udføre det vigtige arbejde blandt til nybagte mødre og deres børn, ville de lokale frivillige sundhedsarbejdere fremover modtage 400 NR pr nyfødt barn i deres distrikt. Han opfordrede os til, hvis vi ville lave et lignende projekt, at søge om tilladelse hos District Health Office – som beskyttelse af os selv som fag personer og som en hjælp til dem, for at registrere de tiltag der er i landet. Vi var velkomne til at kontakte ham, og få vejledning og hjælp til dette.

Endvidere afsluttede vi med at interviewe den nepalesiske sygeplejerske, vi havde arbejdet sammen med for at høre hende vurdering af projektet (Bilag 7). I den forbindelse udarbejdede vi en anbefaling til hende, mhp. hendes videre jobsøgning. Endelig efter hjemkomsten udarbejdes denne rapport til brug for det videre arbejde.

## **Resultater**

### **Hjemmebesøg:**

Vi har besøgt 33 familier og i den forbindelse undersøgt 45 børn mellem 0-5 år.

Der er i de 3 landsbyer i alt 115 familier der er medlem af foreningen. Ud fra den lokale sundhedsarbejders opgørelser er der 60 børn under 5 år, der er Dalitter. Da vi har set 45 af disse, kan vi konkludere, at vi mindst har set 75 % af målgruppen (velvidende af ikke alle Dalitter er medlemmer – i realiteten har vi derfor sandsynligvis set en større andel end 75 %).

Blandt de yngste så vi generelt velplejede, velstimulerede og velnærede spædbørn som alle udelukkende blev ammet de første 6 mdr. Mange af børnene blev derefter ammet delvist de første leveår.

Børnene i småbørnsalderen var meget snavsede og mange havde hudinfektioner. Børnepasningen virkede som om det var et fælles anliggende på gårdspladsen og børnene blev hurtigt selvhjulpne - når børnene f.eks. nærmede sig skolealderen sørgede de ofte selv for deres vasketøj.

Alle børn virkede generelt meget veludviklede motorisk ligesom de både følelsesmæssigt og sprogligt typisk skønnedes aldersvarende. Langt hovedparten af børnene lå indenfor normalområdet på højde/vægt kurven. Her var det muligvis en fejkilde at vi ikke benyttede de lokale højdekurver og således ikke kunne opfange knæk på længdevæksten.

Alle de screenede børn i Kantipur og Ayodhyapuri fulgte det nationale vaccinationsprogram ligesom alle børn i disse byer fik det anbefalede tilskud af A vitamin og Zero Worm. I Indrabasti derimod konstaterede vi at 4 ud af de 15 screenede børn ikke var vaccineret som anbefalet og at 6 ud af 15 ikke havde fået A vitamin og Zero Worm.

Vi fandt mange børn med hudinfektioner, hvor vi vejledte mødre i at bade børnene samt behandle hudproblemerne med den udleverede creme/salve. Vi så en klar overrepræsentation af hudinfektioner hos børnene i Indrabasti. Således havde 9 ud af 15 børn hudinfektioner i Indrabasti, mens der kun var 3 ud af 19 i Kantipur og ingen af de 11 børn i Ayodhyapuri.

Ved hjemmebesøgene spurgte vi også til barnets fødested. I Kantipur var 13 ud af 19 født på hospital mens det i Ayodhyapuri var 6 ud af 11. I Indrabasti var 8 ud af 15 født på hospital. Om andelen af hospitalsfødsler er stigende ved vi ikke. I Nepal har man valgt at give kvinder mellem 500-900 NRP, hvis de følger det forebyggende graviditetsprogram og føder deres barn på hospitalet. Det kunne være interessant at undersøge om statens tilskud til kvinden ved hospitalsfødsler påvirker hendes valg af fødested.

### **Klinikken:**

Under projektets afvikling tog vi vare på akutte skader og infektioner. Til dette havde vi medbragt et beskedent udvalg af antibiotika, svampemidler, mavesyremedicin, smertestillende m.m. Desuden tilhører til en meget beskeden skadestue. Endvidere blodtryksapparat, glucometer og urinstix .

Vi afholdte fire lægekonsultationsdage i et klasseværelse på Ayodhyapuri skole, samt to lægekonsultationsdage i Community House i Idrabasti. Derud over blev vi som nævnt også opsøgt i vores "hjem" i forbindelse med skader og div. infektioner.

I løbet af de 5 uger vi var i landsbyerne så vi fem meget alvorlige sygdomstilfælde. Vi tilså i alt 165 patienter med forskellige akutte skader og infektioner(fordelingen ses i bilag 5, sammen med beskrivelsen af de 5 svære sygdomstilfælde). Nogle skader/sygdomstilfælde blev henvist til Health posten eller videre i systemet, andre blev klaret ved vejledning eller behandling i situationen. Henvendelsesårsagen var ofte en infektion eller en mindre skade. Ved nærmere undersøgelser viste det sig, at stort set alle havde kroniske gener fra bevægeapparatet og desuden dyspeptiske gener. Begge dele kan hænge sammen med livstilsfaktorer, som hårdt fysisk arbejde, kost og alkoholvaner.

Vi så mange hudinfektioner både hos børn og voksne betinget af svamp og/eller bakterier. Alt afhængig af sværhedsgraden blev infektionerne behandlet lokalt med salve eller systemisk med antibiotika. I den forbindelse vejledte vi i vigtigheden af personlig hygiejne og håndvask. Vi så mange snavsede børn, og nogle genså vi efter nogle dage nyvaskede og med markant bedring af deres infektioner.

Der var mange med øvre luftvejslidelser. Hoste og forkølelse var udbredt, måske fordi døgntemperaturen var svingende. Kroniske luftvejproblemer som KOL og astmatisk bronchitis kan måske relateres til åbne ildsteder i køkkenerne, hvor især kvinderne og de mindste børn opholder sig.

Mange kvinder beskrev gynækologiske problemer. Enkelte blev henvist til nærmere undersøgelse og behandling i Health Post i Khar Khatta .

I klinikken oplevede vi voksne med nerveforstyrrelse/føleforstyrrelser i hænder og fødder, der meget vel kunne forklares af langvarig vitaminmangel p.g.a. ensidig kost. Den traditionelle kost i Nepal er Dal Bhat morgen og aften og består hovedsageligt af poleret ris suppleret med lidt grøntsager.

### **Workshops:**

Trods en meget engageret og dygtig nepalesisk sygeplejerske og et på forhånd udtrykt ønske fra kvinderne blev workshoppen ikke en succes. Det var tydeligt at de fremmødte, som i starten var få, kom for at konsultere lægen. Vi holdte dog fast i planen og gennemførte 6 workshops med mellem 6 og 10 kvinder og få mænd som deltagere. Der var nogle misforståelser omkring tid og sted for afviklingen af workshoppen på flere niveauer, også selvom vi havde givet informationen på hjemmebesøgene. Endvidere blev vi bekræftet i vores formodninger om at de hårdt arbejdende kvinder i høsttiden ikke kunne prioritere tid til at komme. Plancherne og pjecerne fungerede godt i undervisningen og pjecerne delte vi ud på vores vej rundt i landsbyerne. Da vi bemærkede at der næsten ingen kom fra Idrabasti, afviklede vi to dage med workshop og lægekonsultation i Community House i Idrabasti. Hvilket gav et relativt fint fremmøde.

### **KONSTATEREDE RESSOURCER:**

En af vores antagelser var at sundhedsvæsenet var svært tilgængeligt for landsbyboerne. Men faktisk var der et veletableret sundhedssystem i lokalområdet. Se bilag 2.

*Frivillig lokal sundhedsarbejder.*

En af de første dage efter fødslen får kvinden besøg af den frivillige lokale sundhedsarbejder (se bilag 5). Hun tilser kvinden og hjælper med at få etableret amning. Samtidig giver hun TBG vaccination mod tuberkulose. Fire gange i løbet af den første måned tilser hun kvinden og det nyfødte barn. I år 2012 er det planen at disse frivillige skal modtage et mindre honorar og deltage i yderligere forebyggende aktiviteter.

To gange om året er disse frivillige ansvarlige for uddeling af ormemiddel (Zero Worm) og vitamin A (forebygger natteblindhed) til områdets 1-5 årige. Af bilag 6 fremgår det, at det fungerer fint i landsbyerne Kantipur og Ayodhyapuri, men ikke tilfredsstillende i Indrabasti, hvor det også er påfaldende mange hudinfektioner. Samme billede tegner sig for gennemførelsen af vaccinationsprogrammerne. Generelt fin deltagelse, men mangelfuld deltagelse fra Indrabasti. ( se bilag 6 og bilag 3. Samtidig kan vi konstatere at Durga har ansvaret for Kantipur og ayodhyapuri og at det er uklart hvem der har ansvaret for Indrabasti.

*Health Center i gåafstand fra landsbyerne (mellem ½ til 1 times gang)*

Fra de tre landsbyer er det muligt at gå til en Health Post i Khar Khatta i løbet af ½-1 times gang. Health posten har personale med en 3 år lang uddannelse, primært i diagnosticering og akut behandling. En konsultation er her gratis og der udleveres antibiotika og smertestillende medicin gratis i begrænset mængde (ikke til kroniske smerter). Er der behov for yderligere udredning eller behandling på hospital, må de selv betale, hvilket er vanskeligt for landsbybeboerne.

*Ved deltagelse i anbefalede regelmæssig graviditetskontrol og hospitalsfødsel modtager kvinden 900 NR*

Der er et veltilrettelagt program for gravide og barslende kvinder. Således forgår der på Health Post forebyggende svangre undersøgelser, hvor kvinden får udbetalt et beløb, når hun møder op. Ligeledes får kvinden et beløb for at føde på Health Post eller hospital i stedet for hjemme. Disse tiltag for at nedsættelse af spædbarnsdødeligheden og dødeligheden blandt de fødende kvinder. Af vores lille undersøgelse fremgår det, at over halvdelen af kvinderne valgte at føde på Health Post eller hospital. Dette sundhedsfremmende incitament ser ud til at fungere efter hensigten. De fleste af familierne har mellem to-tre børn. Ganske få familier har fire børn.

### **Kritik – diskussion:**

Som det fremgår indledte vi Health Camp 2011 med at besøge den lokale healer og det lokale Health Center. En væsentlig forudsætning for at vurdere en eventuelt fremtidig indsats på sundhedsområdet. I bakspejlet kan vi således se, at vi i vores mål har overset at beskrive det vigtige mål, nemlig at afdække landsbyernes nuværende sundhedstilbud. På trods af dette blev det et væsentligt element i projektet.

Som beskrevet tidligere brugte vi de første uger på hjemmebesøg for at tilbyde screening af de 0-5 årige børn. Svarende til vores forventninger var selve besøgene en tidskrævende opgave. Men vi blev overraskede over den tid, vi måtte bruge på de lange gåture mellem familierne. Der var til tider lang afstand fra den ene familie i andelsforeningen til den næste. Man kan diskutere om ressourcerne bliver anvendt på bedste vis ved at vælge denne arbejdsform.

En anden tidskrævende faktor var "opsporing" af andelsforeningens medlemmer. Vi fik en medlemsliste af formanden, Sidi Lal. Men adresser eksisterer ikke – og vi fik ofte modsatrettede informationer på vores vej rundt i landsbyerne. Selvom den nepalesiske sygeplejerske kunne spørge sig frem på Nepali, var området jo også ukendt for hende. Man kunne overveje om disse hjemmebesøg kunne planlægges med en "guide" fra lokalområdet.

Vi havde som mål at synsteste de 5 årige børn. Det viste sig dog at det var svært for børnene at koncentrere sig. Rammerne var hjemmet, typisk ude på "terrassen" foran huset – med hele familien plus alle naboer som tilskuere. Det må man ikke forvente at en 5 årig kan overskue.

Vores nepalesiske sygeplejerske varetog en dobbeltrolle – dels som sygeplejerske og dels som tolk/kulturformidler. Vi oplevede, at der indimellem var lidt rolleforvirring. Måske skulle vi have været tydeligere omkring vores forventninger i de enkelte situationer. Måske skal man i et fremtidigt projekt overveje helt at adskille de to roller.

I projektet er der fokus på Dalitterne, der er medlem af foreningen. Vi oplevede flere gange, at de landsbyboere, der ikke var Dalitter – og derfor ikke kunne blive medlemmer af andelsforeningen – udtrykte stærk utilfredshed med, at deres børn ikke havde mulighed for at blive tilbudt screening. Vi ser derfor en fare i, at projektet på nogle områder kunne skabe splittelse i samfundet. Til workshop og lægeklinik så vi derfor bort fra medlemskab og ydede tilbuddet til alle, der var interesseret.

Vi er opmærksomme på at de "ældre" børn er en overset gruppe i dette projekt. En del af disse børn, så vi i klinikken. Vi er sikre på, at en screening blandt skolebørnene kunne have givet os en værdifuld information om områdets sundhedstilstand, ligesom vi også overfor denne gruppe børn kunne have været behjælpelig med vejledning og evt. behandling .

Vi oplevede jævnligt, at de hårdtarbejdende kvinder næsten ikke havde tid til at forlade markarbejdet, når vi kom på besøg. Desuden så vi ikke alle de kvinder, som vi havde forventet i vores workshops. Vi kom midt i rishøsten og midt i Tihar, en vigtig højtids. Man kan overveje, om det havde været bedre for familierne at lave Health Camp på en anden årstid. Måske har familierne bedre tid i december/januar.

I løbet af de 5 uger oplevede vi flere gange informationsproblemer/kommunikationsproblemer. Vi havde forestillet os workshop/klinik i hver landsby, men pga en misforståelse blev der til hjemmebesøgene fortalt kvinderne at alle workshop/klinik var på Ayodhyapuri skole. Placeringen her, vanskeliggjorde det for kvinderne at komme midt i en travl hverdag. Vi valgte dog at fastholde det, for at undgå yderligere forvirring. Alligevel gik det galt : Vi bad vores vært informere Sidi Lal om workshop på Ayodhyapuri skole næste dag – vi troede, at der var helt styr på planen – men det endte med at 14 kvinder ventede på os i Kantipur Community House, mens vi ventede på kvinderne på skolen 4 km væk. Kvinderne grinede af denne misforståelse og gik glip af tilbuddet, mens vi blev frustrerede over situationen.

### **Perspektivering:**

Som beskrevet så vi et lokalt sundhedstilbud som på mange måder er velfungerende – og vi skønner derfor ikke at det er relevant at etablere en egentlig sundhedsklinik ude i de 3 landsbyer.

Imidlertid synes vi det vil være relevant at videreudvikle det nuværende sundhedstilbud i form af en opkvalificering af de lokale sundhedsarbejdere / Health Workers ude i landsbyerne. Vi kunne forestille os at kopiere ideen i skoleprojektet, hvor man netop er gået i gang med teacher-training. Vi anbefaler en form for "nurse-training", hvor danske sygeplejersker og/eller jordemødre følges

med Dudka og de 8 andre lokale sundhedsarbejdere i distriktet. Et formelt undervisningstilbud, teoretisk så vel som praktisk i samarbejde med Health post i Karr Khatta og District Health Office Chitwan i Narayangadh.

Fokus kunne være:

- Børns ernæringstilstand - f.eks. hvad gør ensidig kost med meget ris, få grøntsager og lidt kød ved børns udvikling på længere sigt ?
- Hygiejnens betydning for sundheden generelt
- Varetagelse af mindre skade og lettere sygdomstilfælde, samt identifikation af sygdomstilstande hos børn og voksne, der kræver videre henvisning.
- Oplysning om livsstilsfaktorerers indflydelse på den generelle sundhedstilstand(f.eks. kost og alkoholvaner, brug af åben ild i køkkenerne).
- Alkoholproblemer og deraf følgende vold i hjemmet.

Under dette projekt tog vi lidt hul på den nye rolle som vi forestiller os at de frivillige Health Workers kunne komme til at spille. Vi udarbejdede poster om diabetes og underviste den lokale sundhedsarbejder Durga i de symptomer, der kan opstå ved en dårlig reguleret diabetes. Ligesom vi underviste hende i anvendelse af det nyindkøbte glykometer. Målet med denne aktivitet var at Durga kunne støtte en ung kvinde i landsbyen, der havde en nyopdaget diabetes som var dårlig reguleret.

Vi synes, det vil være relevant med en permanent screening af alle børn fra 0-16 år. I den forbindelse vil vi gøre opmærksom på, at der er behov for specielt at have fokus på børnene i Indrabasti (bilag 6).

Endvidere blev vi opmærksomme på, at børnene ikke fik noget at spise, mens de var i skole fra 10-16. Ganske få havde lidt usundt chips med eller klarede sig uden mad i skoletiden. Det vil være relevant med en form for bispisning af børnene på skolen. Derigennem kunne man sikre, at alle børnene fik et ernæringsrigtigt måltid i løbet af dagen. Der er køkken faciliteter på skolerne.

Når man afdækker sundhedstilbud i 3 nepalesiske landsbyer og endvidere udtaler sig om børnenes generelle sundhedstilstand, fortjener de involverede selvfølgelig at blive informeret om, hvad vi har set. Krishna, skoleleder på Ayohyapuri skole, har i den forbindelse foreslået, at han på en forældredag i marts gennemgår de væsentligste elementer i rapporten. Han er bevidst om, at et af vores vigtige budskaber er "vand og sæbe"!! Derfor vil det været ønskeligt om denne rapport bliver oversat til engelsk.

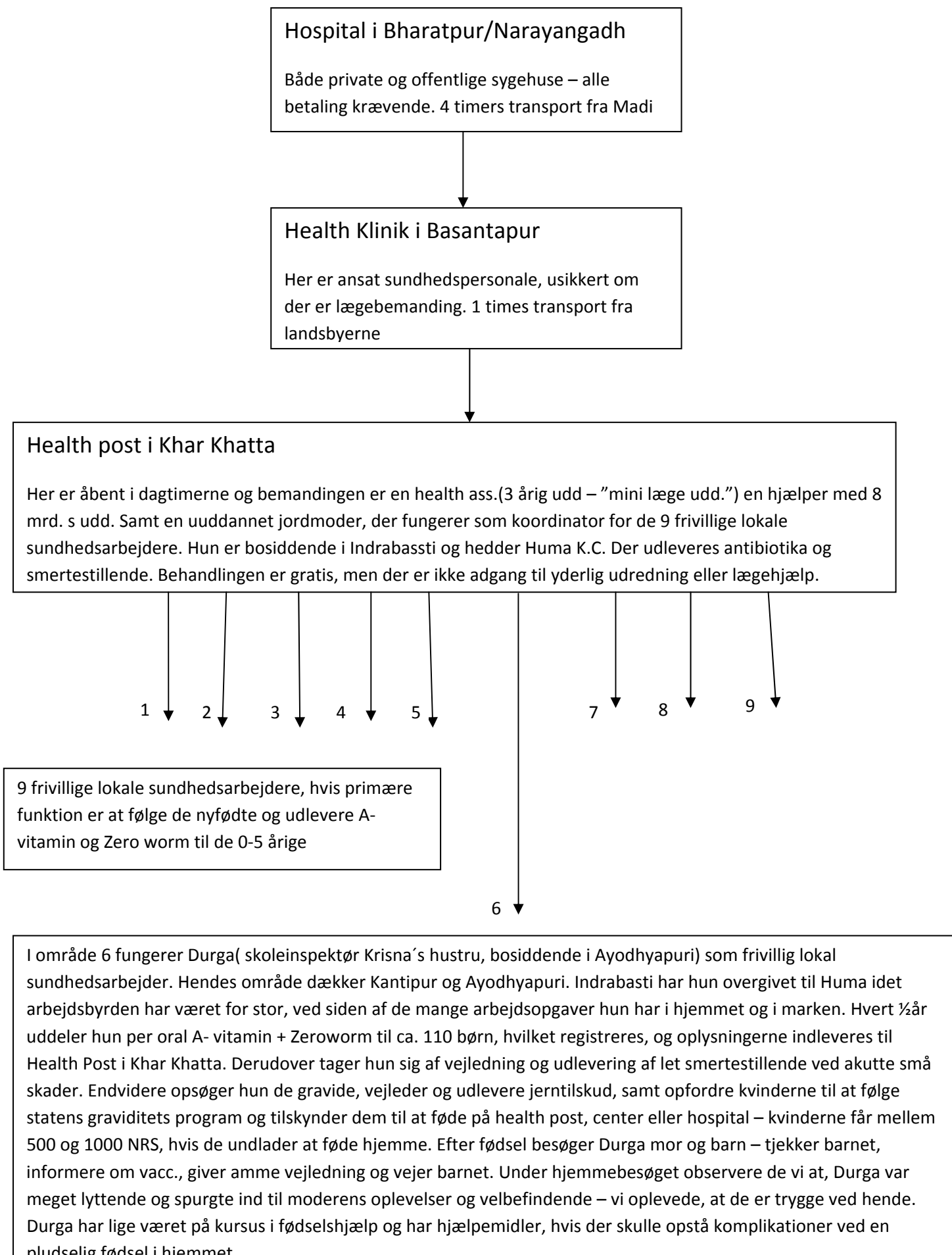
## **Bilag 1: Neve Raj – traditionel healer – beskrivelse af besøget**

Første dag i projektet besøger vi Neve Raj, som er den lokale healer. Han er oplært af sin egen far. Han fortæller, at landsbyernes beboere opsøger ham for at få råd og vejledning. Han arbejder med stor respekt for det etablerede sundhedssystem og råder ofte beboerne til at søge hjælp på hospitalet eller health post/center. Ofte stiller han samme diagnose som lægerne. Han behandler med urter, som han finder i naturen og med hjælp fra astrologien. Han starter med at tage patientens puls og lægger urter på de dårlige steder – lige som han laver lindrende og helbredende drikke. Ved åndedræts problemer kan urterne lindre ved indånding af duften. Urterne viser han os – de opbevares lige oppe under terrassens tag. Han fortæller, at han har været på ”kursus” inde på hospitalet, hvor han også hjalp lægerne med at smertelindre en patient. I forhold til fødsler tilskynder han kvinderne til at føde på hospitalet eller på Health post/centeret. Han fortæller at de mest almindelige sygdomme i området er luftvejslidelser, feber og i perioder kvalme og diarre. Han har også god erfaring med at behandle mentale sygdomme, hvor han prøver at finde årsagen - f.eks. til en depression.

Healerens undersøgelse og behandling er gratis. Nogle gange får han dog betaling hvis patienten har lyst eller evne til at betale.

Vi fortæller ham om vores projekt, som han billiger og takker for. Et meget behageligt møde med en meget vis mand.

## Bilag 2: Det etablerede sundhedssystem i Madi – Chitvan:





**GANDHARVA & DALIT UPLIFTMENT SAMAJ**  
**Ayodhyapuri, Madi, Chitwan**

**Child Health Card. Girls 0-5 years**

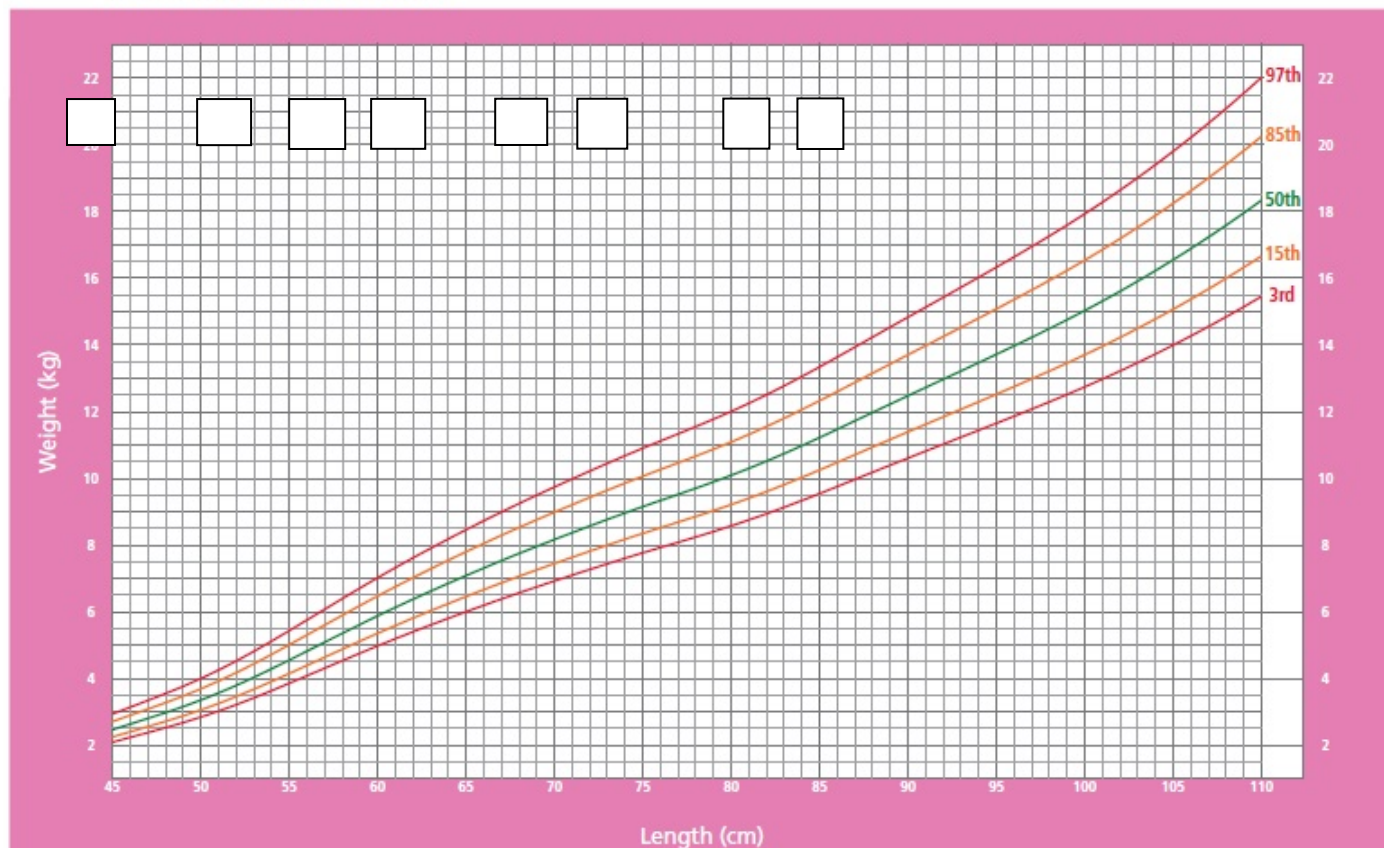
Name :	Date of birth :	Number in siblings row :
Mother :	Father :	District – VDC – Ward no – Area
Pregnancy :	Hospital delivery : Home delivery :	Apgar score :

Development until now :	Eye test (at 5 years) :
-------------------------	-------------------------

Date / Age	MUAC	Weight :	Lenght :	Development Appropriate to age ?	Notes :	Staff Sign.

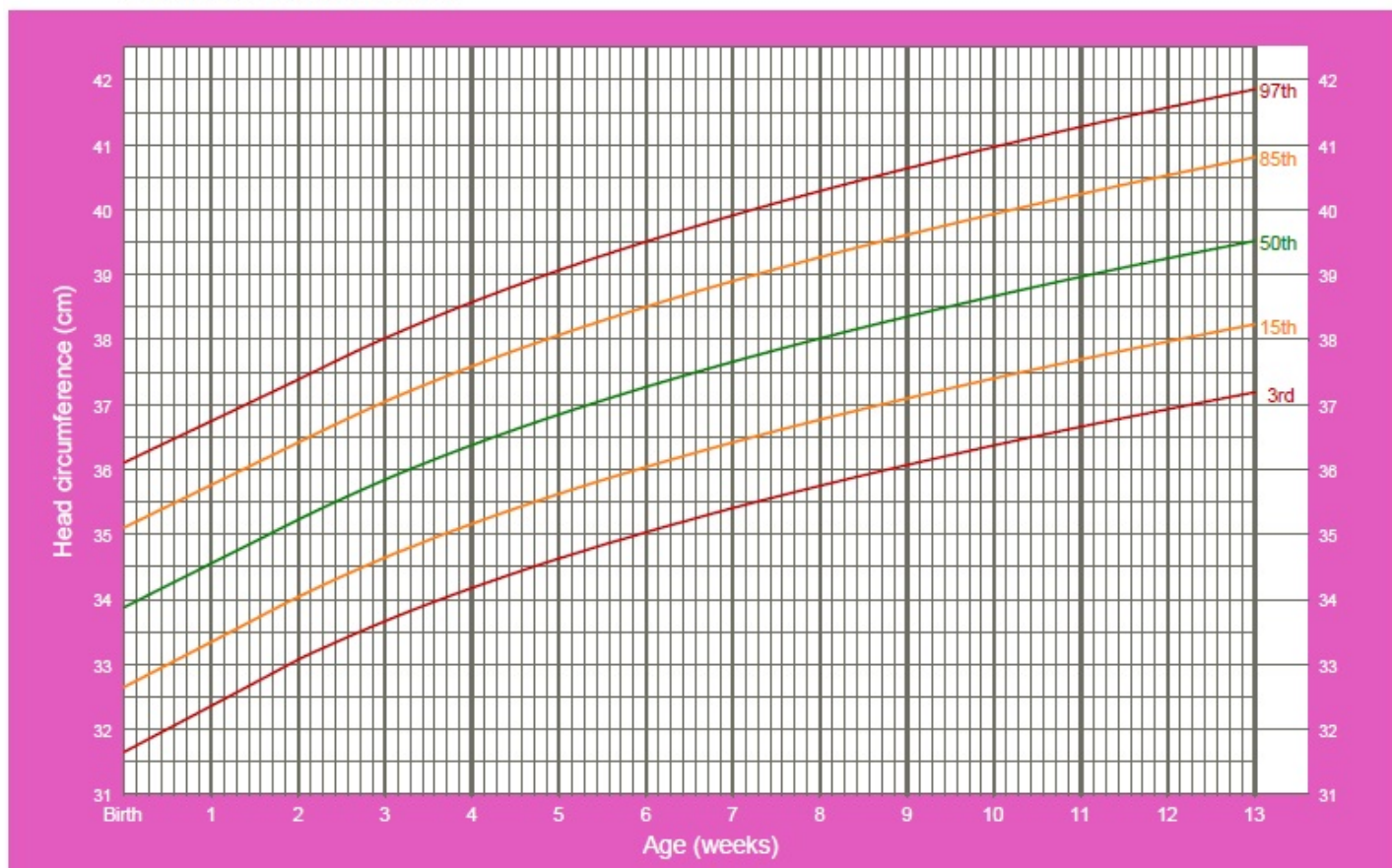
# Weight-for-length GIRLS

Birth to 2 years (percentiles)



# Head circumference-for-age GIRLS

Birth to 13 weeks (percentiles)





**GANDHARVA & DALIT UPLIFTMENT SAMAJ**  
Ayodhyapuri, Madi, Chitwan

**Child Health Card. Boys 0-5 years**

Name :	Date of birth :	Number in siblings row :
Mother :	Father :	District – VDC – Ward no – Area
Pregnancy :	Hospital delivery : Home delivery :	Apgar score :

Development until now :	Eye test (at 5 years) :
-------------------------	-------------------------

Date / Age	MUAC	Weight :	Lenght :	Development Appropriate to age ?	Notes :	Staff Sign.

**Vaccination status**

BCG      
 DTP – HEPB - HIB        
 Measles       
 Je

**Vitamin A** from 6 months until 5 years every half year

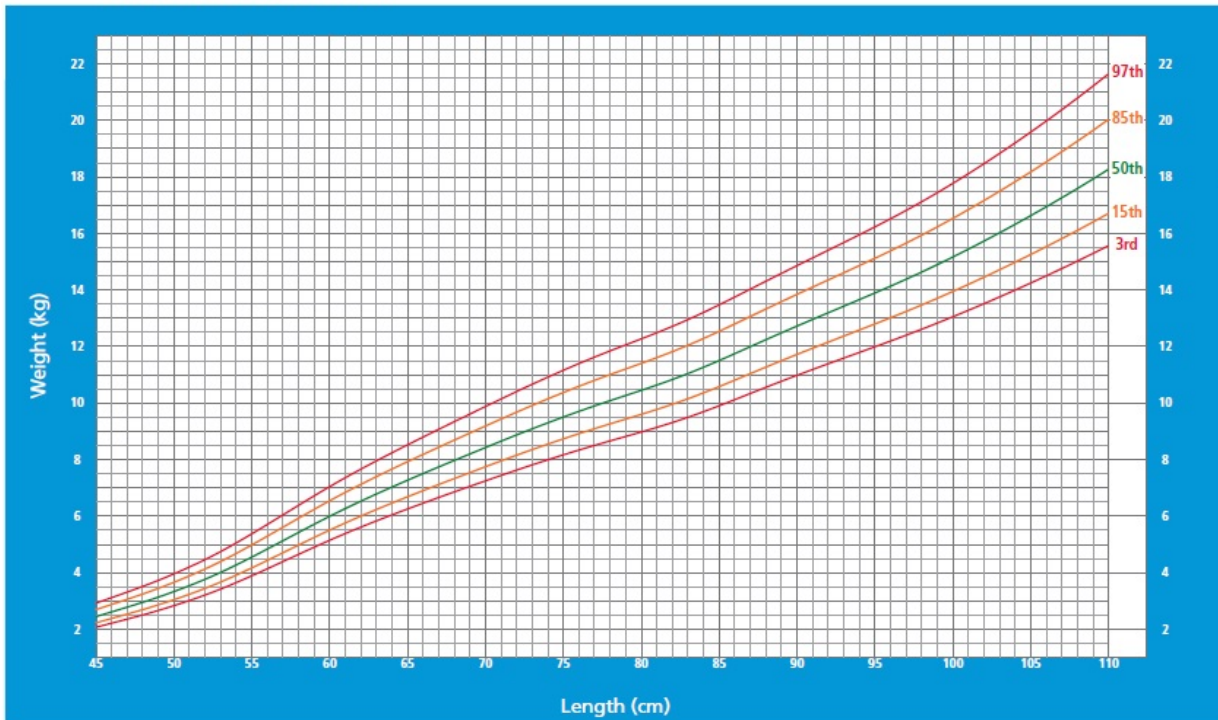
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Zero worm** from 1 years until 5 years every half year

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

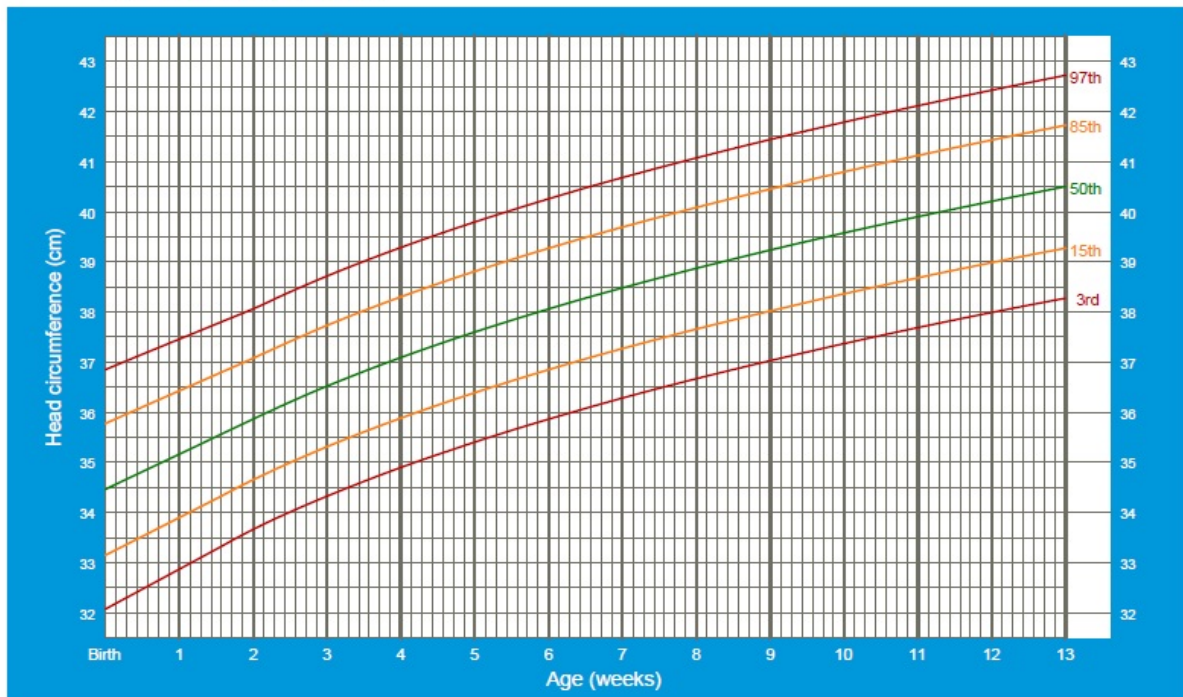
# Weight-for-length BOYS

Birth to 2 years (percentiles)



# Head circumference-for-age BOYS

Birth to 13 weeks (percentiles)



WHO Child Growth Standards

## **Bilag 4: Didaktiske overvejelser omkring workshops:**

Kvindernes læringsforudsætninger:

Landsbykvinder i alle aldre, med erfaring med børn. Kender til håndvask betydning og betydning af sanitære forhold fra tidligere kampagner. Lever under primitive forhold, hvor adgangen til vand er vanskelig, vand skal hentes ved trappen/brønden og transporteres langt – opbevares i beholdere. Uddannelsesniveaue er lavt ikke alle kan læse. De har mange opgaver og er hårdt arbejdende i marken, i hjemmet og er fattige.

Rammer for workshops :

Et klasseværelse på Ayodhyapuri skole – landsbyen i midten af de tre landsbyer – ca. 10min gang over rismarkerne fra hver af de andre byer. Høsttid – og derfor travlhed blandt kvinderne. Hilligdage i forbindelse med Tihar. Tidsafstand fra hjemmebesøgene, hvor info om workshoppene blev givet til afviklingen. Kommunikationsproblemer omkring budskabet om tidspunktet og sted for afviklingen. Kombinationen med lægekonsultation betyder at der også møder mænd op til workshop, hvilket kan påvirke afviklingen af de kvinderrelaterede emner. Sprogbarrieren, som betyder at det skal være den nepalesiske sygeplejerske, der afvikler workshopen, efter at vi grundig har gennemgået og drøftet de didaktiske overvejelser.

Mål:

- At kvinderne fik kendskab til almindelige hygiejniske principper og får drøftet, hvordan det kan praktiseres under de givne forhold.
- At kvinderne får kendskab til de almindelige forekommende lidelser hos børn og hos dem selv, så de kan reagere og søge hjælp, når der er behov for dette.

Læreproces:

Dialog – finde ud af hvad kvinderne ved og hvad de finder problematisk. Supplere med viden om emnet. Afklarer konsekvenserne hvis viden om emnet ikke anvendes i praksis. Drøft barriererne for at anvende viden om emnet

Indhold:

Fire områder:

1. Hygiejne: Hvordan kan god hånd hygiejne, god personlhygiejne god opvask praktiseres? Hvordan kan god vand/madopbevaring praktiseres? Hvad er barrieren for dette? Hvad er konsekvensen hvis det ikke praktiseres?

2. Kvindens anatomi: Hvorfor er det vigtig at kende kvindens A/F? Hvad ved I? Opbygning af kvindens ydre og indre genitalier og funktion – menstruation – menopause. Hygiejne i forbindelse med dette.
3. Børnesygdomme: Anerkende at børnene følger vacc. og at motorikken er god – generelt kærlige forældre. Hvad opleves som problematisk i forhold til børnenes helsbredstilstand – info om hvad vi har set – hudinf., forkølelse – Ved at der i perioder er meget diarre(Healeren). Hvad tænker kvinderne er årsagen? – info om hygiejne, store temperaturudsving dag/nat, røg v. soveplads i køkkenet. Hvordan kan det mindskes – hvad skal til?
4. Kvindesygdomme: Hvad er problematisk? – vi har set: hudinf., prolaps, hoste/forkøelse, gastrit. Hvad er årsagerne? Hvad kan gøres? Hvad er barriererne?

### Evaluering:

Vurdering af fremmødet, fornemmelse af dialogen, spørge kvinderne om de har fået noget med sig, spørge til Arati's fornemmelse af udbyttet

## Bilag 5: Fordelingen af henvendelserne til sygeplejerske eller læge ved akutte skader eller sygdom (opgørelse af OPD Cart)

	Kantipur	Ayodhyapuri	Indrabasti	0-5 år	5-15 år	>15 år	kvinder	mænd	ialt
Luftvejs lidelse	16	16	5	14	3	20	23	14	37
Hud infektion	17	21	7	9	12	24	23	22	45
Gastrit	2	6	-	-	-	8	8	-	8
Akutte skader	-	5	-	-	5	-	1	4	5
Smerter i bevæge app.	5	9	2	-	-	16	9	7	16
Smerter i øret	5	7	-	3	5	4	8	4	12
Øje problem	3	1	-	2	-	2	2	2	4
Andet	15	20	3	-	1	37	28	10	38
<b>ialt</b>	<b>63</b>	<b>85</b>	<b>17</b>						<b>165</b>

I forhold til fordelingen af patienter fra de tre landsbyer, må det bemærkes at vi afholdte workshops/klinik i på Ayodhyapuri skole og boede i Ayodhyapuri. Da vi opdagede at beboerne fra Indrabasti ikke henvendte sig så hyppig som beboerne fra de andre landsbyer arrangerede vi en hel dag med workshop og klinik i Indrbasti – dog er der forsat stor forskel i antallet af henvendelser.

I forhold til registreringen af sygdommene er det henvendelsesårsagen der er registreret. Næsten alle havde derudover gastrit + smerter i bevæge apparatet.

Vi blev bekendt med seks alvorlige sygdomstilfælde: 17årig kvinde med nyopdaget insulinkrævende diabetes, symptomer på meget dårlig regulation – opfordret til regelmæssig kontrol + blodsukker måling. En 16 årig forældreløs dreng med tegn på alvorlig lidelse – feber i 1 mdr. væske i bughulen + benene – blev indlagt for penge doneret af projektet. 11 årig pige med kramper og 3 timers somnolent tilstand – blev indlagt og fik forebyggende medicin. 32 årig mand med muskellidelse – gennem tre år mistet muskel masse, kræfter og vægt(32kg)- døende. Ældre mand med symptomer på en ubehandlet diabetes, var svækket – henvist til Health Post. 45årig mand med alkoholbetinget blodig opkastning i store mængder - indlagt . 14 årig dreng med

skader efter angreb af familiens okse. Bl.a. dyb flænge i lysken. Blev syet med 8 sting uden lokalbedøvelse. Penicillin og tæt opfølgning.

## Bilag 6: Data fra Child Health Cart udfyldt under hjemmebesøgene

	Føde sted		Følger vaccinations programmet		Har fået det anbefalede Zero worm + A-vitamin		Har hud infektion	Antal børn
	Hospital	Hjemme	Ja	Nej	Ja	Nej		
Kantipur	13	6	19	-	15	-	3	19
Ayodhyapuri	6	5	11	-	10	-	-	11
Indrabasti	8	7	11	4	9	6	9	15

I alt 45 børn

Vi besøgte 33 dalit – familier som var medlem af foreningen og screenede 45 børn i de tre landsbyer. Dette svarer til godt 75% af målgruppen.

Bemærkning: Zero worm + A vitamin starter først når barnet er 1 år

## Bilag 7: Interview med Arati Upadhaya, nepalesisk sygeplejerske

1) Hvordan synes du at projektet svarer til projektbeskrivelsen ? Hvor adskiller det sig ?

Arati : "På en måde er målene opfyldt. For det meste gik det som planlagt. Noget blev dog ikke så godt. Dels fordi der var nogle kommunikationsproblemer når vi skulle planlægge workshops og dels fordi kvinderne havde meget travlt med høsten mens vi var der".

2) Tror du at landsbyboerne har fået noget ud af projektet ? Hvad ? Gerne både positivt og negativt.

Arati : "Ja, det har de. Jeg synes at udfaldet er godt. Vi har givet dem information om hygiejne og fortalt dem hvor meget god hygiejne betyder for sundheden. Det var godt at vi lavede hjemmebesøg – vi så årsagen til nogle af sygdommene – og vi lavede ekstra besøg når der var behov for det. Jeg synes ikke der er noget negativt at sige. Vi gjorde jo vores bedste. Måske var det et problem at kvinderne måtte forlade deres arbejde når vi kom til hjemmet".

3) Du har tidligere omtalt hjemmebesøg positivt – vil du uddybe det ?

Arati : " Andre organisationer har ikke lavet hjemmebesøg før. Og det er netop på den måde at man kan se årsagen til mange ting. F.eks. hygiejniske problemer. Så kan man reagere på årsagen og ikke kun give medicin. Det er også respektfuldt at besøge folk i deres eget hjem. Og vi kan se familiens hverdagsliv og deres omgivelser og deres vaner. Dette ser man slet ikke i en klinik. Vi kan på den måde se om der er sammenhæng mellem viden og praktiske muligheder og færdigheder. Jeg fornemmede at familierne var glade for vores besøg. Hvis de havde problemer forsøgte vi at løse dem, vi kom måske igen eller opfordrede dem til at komme til lægeklinikken. De var også glade for at få vejret deres børn og for selv at blive vejret".

4) Hvad har du selv lært af projektet ?

Arati : " Jeg har været glad for at deltage i et sundhedsprojekt i en landsby. Jeg har lært noget om at afholde workshops, hvordan man planlægger, arrangerer og udfører det helt fra bunden. Jeg har fået større forståelse for hvordan man aktiverer deltagerne. Jeg har også fået genopfrisket mine sygeplejefærdigheder. Og jeg har fået trænet mine engelsk færdigheder. Det vi har set i vores projekt er i øvrigt at problem i hele Nepal"

5) Hvordan var det at samarbejde med 2 danske sygeplejersker og en dansk læge ?

Arati : " Jeg har været glad for det. Vi har levet sammen som en familie i de 5 uger. Vores læge var ligeværdig med patienterne. Jeg vidste at det var vigtigt og nu har jeg set det praktiseret. Når patienten bliver behandlet respektfuldt bliver han måske hurtigere rask ?"

6) Har du noget at tilføje ?

Arati : " Måske har vi gjort en forskel. Vi har givet familierne en viden som de så kan bruge sidenhen. Det her er nok begyndelsen på en proces. Måske. F.eks tror jeg at det med at vi altid sagde vand og sæbe har bredt sig – der var jo en dreng i Indrabasti som allerede var vasket da han kom til læge".