

Nyfødttdødelighet i India

- Hvordan redusere nyfødttdødelighet i India ved hjelp av hjemmebesøk hos mor og barn?

5.årsoppgave i Stadium IV –Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø



**Majken O. Hustad, MK-07, majken_oh@hotmail.com
og Veronica Hovind, MK-07, veronica.hovind@gmail.com**

**Veileder: Jon Øyvind Odland, Professor i Samfunnsmedisin,
Universitet i Tromsø, 776 46407, jon.oyvind.odland@uit.no**

2012, Tromsø

Innholdsfortegnelse

Resymé.....	side 2
Introduksjon.....	side 3
Material og metode.....	side 3
Resultat.....	side 4
Oppbygging av organisasjonen.....	side 4
Kartlegging og loggføring.....	side 5
Helsekort for gravide og oppfølgingskort av barna.....	side 6
Landsbymøter og folkesang.....	side 6
Helsestasjon: vaksinasjon, prevensjon, supplement.....	side 7
Fødselsplanlegging.....	side 7
Hygieneopplysning.....	side 8
Opplysning om faresignaler og undersøkelse av sykt barn.....	side 9
Hjemmebesøk før og etter fødsel.....	side 9
Ammehjelp.....	side 10
”Skin-to-skin care”.....	side 11
Diskusjon.....	side 12
Referanseliste.....	side 20
Vedlegg 1: Tekst til folkesangene.....	side 21

Resymé

Bakgrunn

Nyfødttdødeligheten i India er veldig høy, 43 per 1000 levendefødte dør (1). Vi har fokusert på hvordan dette kan begrenses ved hjelp av hjemmebesøk og atferdsendringer.

Materiale og metode

Vi reiste til Shivgarh i India i perioden november/desember 2010 og fulgte Saksham, en organisasjon som jobber for å senke nyfødttdødeligheten i India. Vi har gjort en evaluering av organisasjonen, samt observert deres arbeid og kommunikasjon med gravide kvinner og nybakte mødre. Samtidig har vi også gjort et litteratursøk gjennom PubMed for å oppdrive kilder som omtaler Sakshams nyfødtprogram og deres resultater.

Resultater og fortolkning

I løpet av en periode på to år har Saksham redusert nyfødttdødeligheten med om lag 50 % i Shivgarhs landsbyer (2). Dette har de utrettet ved å gjøre et grundig forarbeid med å kartlegge årsakene til at barna dør, for så å sette i gang atferdsendringer på bakgrunn av opplysningene. Dette har de gjort på en respektfull måte, de har kommunisert godt med folkelige metaforer og fått landsbyboerne til å forstå nødvendigheten av atferdsendring. Vi mener dette er en bra måte å oppnå gode resultater på, også for andre steder med samme utfordringer knyttet til nyfødthelse.

Innledning

I september 2000 satte verdens ledere gjennom FNs generalforsamling opp åtte hovedmål for tusenårskiftet. Tusenårsmål 4 går ut på at dødeligheten blant barn under fem år skal reduseres med to tredeler i perioden 1990 til 2015 (3). For å oppnå dette målet må nyfødtdød reduseres. Hovedsakelig er det de mest fattige landene i verden som utgjør den høyeste andelen av nyfødtdødelighet, deriblant India.

I følge tall fra 2009 har India 1,17 millioner nyfødtdødsfall årlig, og 43 per 1000 levendefødte dør. 45 % av dødsfallene under femårsalder skjer i nyfødttiden. Opptil 50 % av de nyfødte som dør i India, dør i løpet av de første syv levedagene (1). Mange liv går tapt på grunn av ting som mangelfull forebygging, at foreldrene ikke gjenkjenner varselsignaler, at syke barn ikke kommer til helsepersonell i tide, og fordi mange mødre ikke har tilstrekkelig kunnskap om den beskyttende effekten av amming.

For å begrense nyfødtdødeligheten har det i India blitt utviklet et eget program for trening av helsearbeidere i nyfødtmedisin – Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI). Programmet fokuserer på atferdsendring og hjemmebesøk (1). Vår problemstilling var hvordan man kan redusere nyfødtdødelighet hos barn i India ved hjelp av hjemmebesøk hos mor og barn. Er dette et prosjekt som kan la seg videreføre til andre land med høy nyfødtdødelighet?

Material og metode

Staten Uttar Pradesh nord-øst i India er preget av mye fattigdom, og befolkningen består for det meste av hardtarbeidende bønder som bor i vilkårlige landsbyer spredt ut over et stort område. Her råder mye analfabetisme, barnedødeligheten er stor og kontakten med resten av India er minimal. I 2008 sto Uttar Pradesh for en fjerdedel av Indias neonatale dødelighet og 8% av neonatal dødelighet verden over. Shivgarh er en landlig del av Uttar Pradesh, med en befolkning på 104 123 innbyggere fordelt i 39 administrative landsbyenheter. Her er den sosioøkonomiske statusen blant den laveste i staten (2).

Undersøkelsespopulasjonen vår er todelt. Den ene delen består av gravide kvinner som bor i Shivgarhs landsbyer, samt nybakte mødre og deres nyfødte barn. Dette var i stor grad kvinner uten betydelig skolegang, gift med bønder og boende i hus bygd av strå eller leire. Den andre delen av populasjonen vår er arbeiderne i organisasjonen Saksham, som arbeider for å nå IMNCIs mål om å begrense nyfødt dødeligheten. Vi har både observert opptrente helsearbeidere med minimum 12 års utdanning, såkalte Saksham Sahayak, og deres frivillige hjelpere på grasrotnivå i landsbyene, såkalte Saksham Karta (2).

Undersøkelsesmetoden vår har berodd seg på observasjon av arbeidet til Saksham, deres interaksjon og kommunikasjon med gravide kvinner og nybakte mødre. Vi har observert de ulike tiltakene de har satt i gang for å få ned nyfødt dødeligheten, deltatt på folkemøter, hjemmebesøk før og etter fødsel og møtt de ulike aktørene som er i kontakt med de gravide. Vi har også observert en del av opplæringsprogrammet Saksham Sahayak må gjennomføre før de kan bistå i landsbyene.

Etter at vi kom hjem fra India, har vi foretatt et litteratursøk i PubMed for å se hvilke resultater tiltakene har ført med seg. Vi har gått gjennom ulike studier og artikler for å se om observasjonene vi har gjort korrelerer med de data som foreligger når programmet har blitt evaluert.

Resultat

Oppbygging av organisasjonen

Det formelle helsesystemet i Shivgarh består av et kommunalt helsesenter og to helsestasjoner som opereres av helsepersonell og som støttes av 18 helsesøstre rundt i de ulike landsbyene, såkalte ANM (Auxiliary Nurse Midwives). Hver av disse 18 helsesøstre tjener en populasjon på 6000-7000, og de er opplært til å vaksinere, bistå som fødselshjelper og kan komme på hjemmebesøk etter fødsel. Dette tilbudet er lite brukt i Shivgarh, mye på grunn av økonomi, og de lokale landsbyboerne oppsøker heller såkalte "landsbydoktorer". Disse er uprofesjonelle, krever mindre betaling og har opparbeidet mer tillit (2).

I India er det satt i gang en strategi kalt Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI), som er en adaptasjon av Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), en globalt akseptert modell testet i en rekke land. IMNCI-strategien, styrt av UNICEF hadde en pilotperiode i seks distrikter i 2003-2004, og har nå blitt tatt i bruk i en rekke indiske stater. Strategiens hovedvekt ligger ved å lære opp kommunale helsearbeidere til å bli gode i kommunikasjon og fungere som rådgivere for unge mødre og deres familier. De lærer også å gjenkjenne risikofaktorer for nyfødt dødelighet som hypotermi, diaré, luftveisinfeksjoner, under- og feilernæring, anemi og malaria (4).

En av organisasjonene som jobber med IMNCIs modell er Community Empowerment Lab i Shivgarh, Uttar Pradesh. Organisasjonen finansieres av The Bill and Melinda Gates Foundation og USAID. Community Empowerment Lab har utarbeidet en multinivåstrategi som involverer både viktige roller i samfunnet (landsbyoverhoder, ledere, prester, lærere), viktige roller for den nyfødte (fødselshjelpere), viktige roller i husholdningen (gravide/mødre, svigermødre, andre kvinnelige rollemodeller, fedre og svigerfedre) og støttegrupper i umiddelbar nærhet (naboer, slektninger) (2).

Community Empowerment Lab ble startet av Dr. Vishwajeet Kumar fra Uttar Pradesh, og omfatter en rekke arbeidere på ulike nivå i samfunnet. Saksham Sahayak er sosialarbeidere med minimum 12 års utdanning, som har gjennomgått en del utdanning innen programmet og blitt valgt ut på bakgrunn av sin innflytelsesrike rolle i landsbyene. Saksham Sahayak blir lønnet med 35-40 amerikanske dollar i måneden. Saksham Karta er frivillige hjelpere i landsbyene uten krav til formell utdanning (2). I landsbyene jobber også ASHA (Accredited Social Health Activist), som skal være et bindeledd mellom landsbyene og det offentlige helsesystemet, samt gi et tilbud på forbedret helsehjelp i hjemmet (5).

Kartlegging og loggføring

Landsbyene i India er veldig uorganiserte og uoversiktlige, så det er vanskelig å finne fram dersom man ikke er kjent. Derfor har helsearbeiderne fått opplæring i å kartlegge landsbyene og loggføre opplysninger om husholdningene. Kartet viser en oversikt av landsbyene, hva husene og veiene er bygd av, og husene nummereres. Det

skrives ned i stikkordsform om huset er bebodd, hvor mange som eventuelt bor i huset, hver enkeltes sivilstatus, utdannelse og yrke. Det noteres også om det bor personer med en viktig rolle i landsbyen, som for eksempel ANM eller ASHA. Kartene oppbevares slik at en som ikke er kjent i området fort skal kunne finne fram ved utrykning. I tillegg har de et system de kaller Demographic Surveillance System, DSS, hvor nye fødsler, dødsfall og migrering registreres.

Helsekort for gravide og oppfølgingskort av barna

Det finnes et registreringsskjema for gravide. Her skrives det ned hvem som er mor og far samt forventet termin. Landsbybeboerne i Shivgarh følger ingen kalender, og derfor settes terminen til den nærmeste høytiden de kan relatere til. I tillegg er det et oppfølgingskjema som kan sammenlignes med vårt helsekort for gravide i Norge. På oppfølgingskjemaet fører man ned vaksinene til mor og barn, samt lengde-vekstkurver for barnet. I tillegg er det informasjon om faresignaler, amming og ernæring. Det nevnes for eksempel at barna skal fullammes til de er seks måneder og deretter introduseres for annen mat i tillegg til morsmelken. For at landsbybeboerne skal forstå dette er kortet illustrert med bilder og har minimalt med tekst.

Landsbymøter og folkesang

Saksham holder landsbymøter en gang i måneden i de ulike landsbyene der det er gravide kvinner eller ammende mødre. Da samles gravide kvinner, ammende mødre, rollemodeller, svigermødre, mannlige familiemedlemmer, fødselshjelpere, Saksham Sahayak og Saksham Karta. Målet er at alle deltakerne skal utveksle kunnskap og erfaring, videreutvikle løsninger og strategier slik at de på best mulig måte kan adoptere ny kunnskap om nyfødtsorg gjennom atferdsendringer. De diskuterer intervensjonens praksis og utforsker årsak-virkningsforhold mellom praksis og hypotermi eller sepsis (2, Wehtable 3). Vi deltok på disse møtene da vi var i India, og observerte at møtene vanligvis ble innledet med å snakke om hverdagslige forhold før man begynte å snakke om nyfødtsorg. Kunnskap og erfaringer deles, og helsearbeiderne applauderer ofte de som kommer med kloke ord.

Et hjelpemiddel som brukes for å spre den nye kunnskapen er folkesanger. En gang i måneden samler Saksham Sahayak og Saksham Karta gravide kvinner, ammende mødre og svigermødre til folkesangmøter. Folkesangene handler blant annet om

amming, fødselsplanlegging og hvordan man unngår hypotermi (Se vedlegg 1). Hensikten med disse sangene er å innlemme intervensjonens praksis i samfunnets tradisjoner i form av folkesanger. De synger eksisterende folkesanger og lager nye med tekster basert på intervensjonspraksis og atferdsendring (2, Webtable 3).

Helsestasjon; vaksinasjon, prevensjon, supplement

Gravide kvinner får svangerskapskontroll når Saksham er på hjemmebesøk og når de selv besøker helsestasjoner. Under vårt besøk i India besøkte vi en helsestasjon og møtte en ANM som dekker et område med omtrent 7000 innbyggere. ANM veileder og utdanner gravide kvinner gjennom hele svangerskapet. Hun gir kvinnene jern- og folsyretilskudd i form av en mikstur eller tablett, gir dem vaksiner og veileder dem om prevensjon. I og med at mors alder ved første fødsel korrelerer med risiko for lav fødselsvekt, har prevensjonsveiledning blitt prioritert. Det er 50 % økt risiko for lav fødselsvekt dersom kvinnen er under 20 år, sammenlignet med kvinner over 20 år. På samme måte har det vist seg hensiktsmessig å øke tidsperioden mellom fødslene (6).

Fødselsplanlegging

Før Saksham kom inn i bildet, var det ikke vanlig å planlegge eller gjøre noen forberedelser i forkant av en fødsel. Det var tabu, fordi familien fryktet at spenningen rundt babyens ankomst kunne bringe barnet ulykke senere i livet, samt sorg hos familien (2, Webtable 1). Barnet ble neglisjert under og opptil flere timer etter fødselen, mens alt fokuset var på moren. De trodde også at hvis morkaken ikke kom fort nok ut, så ville den gå opp i halsen på mor og kvele henne (7). Det var ingen ansvarsfordeling mellom de som deltok og hjalp til under fødselen. Det var lite eller ingen fokus på å ha nødberedskap (valg av helseinstitusjon, penger, transport), skaffe et rent og hygienisk forløsningsutstyr, klær, madrass eller annet utstyr klart til barnet kom (2, Webtable 1). Dersom en nødsituasjon oppsto var de nesten alltid uforberedt.

Det som imidlertid var planlagt var hvor kvinnen skulle føde, hvem som hadde adgang dit og hva som måtte gjøres etter fødselen. Kvinner føder på et ubrukt rom (Saur) i huset siden mor, barn og fødselsprosessen anses som urenlig. Når kvinnen menstruerer anses hun som urenlig, og lokalbefolkningen tror at fødselen er ni måneders oppsamlet menstruasjon (7). Dette rommet er mørkt, fuktig, uventilert og gulvet er stort sett smurt med avføring fra kyr eller bøfler for å ha en kjølede effekt.

Her ligger mor og barn inntil ni dager mens de anses som forurenset (2, Webtable 1). De som tradisjonelt sett har hatt adgang til dette rommet er presten, Domin (jenta med laveste kaste) og Naun (jente fra lav kaste). Domin skal kutte navlestrengen og vaske mor og barn de første fire til seks dagene etter fødselen. Naun overtar etter Domin og er hovedsakelig ansvarlig for å massere og bade nyfødt og mor til de ikke ansees som forurenset lenger (2, Webpanel).

Mye har endret seg nå. Flere hygieniske tiltak settes nå i gang før fødselen. Barnet skal ha rene klær, ren seng og dyne, og det er svigermor som har ansvar for å ordne klær. Det avgjøres hvem som skal være med på fødselen og fordeler på forhånd ansvaret rundt hvem som skal forløse barnet, hvem som følger med på mors tilstand og hvem som skal ta seg av barnet straks det er født. Man har nødløsninger i tilfelle noe går galt, deriblant valg av helseinstitusjon og transportmuligheter. Svigerfar har ansvar for å legge til side penger. For å avklare alt det praktiske har helsearbeiderne møter med de vordende foreldrene før fødselen (2, Webtable 1).

Hygieneopplysning

Infeksjoner er én av de tre viktigste dødsårsakene blant nyfødte i India (6). Landsbybeboerne har hatt mange tradisjoner og forestillinger som økte risikoen for infeksjoner hos barnet. Når kvinnen fødte satt hun i fødeposisjon – på huk – og lot barnet falle ned på gulvet som var smurt inn med ku- eller bøffelavføring. Barnet kunne bli liggende i 10-15 minutter alene på det kalde gulvet, til morkaken var født, og ble dermed utsatt for både infeksjon og hypotermi. Når morkaken var født, ble kun barnets ansikt vasket med en gammel fille før det ble lagt i en flettekurv som brukes til å sortere ris. Det ble ikke dekket til med pledd eller klær, og lå slik til Domin kom for å kutte navlestrengen, noe som kunne ta opptil flere timer. Domin var ikke trent opp til å kutte navlestrengen på hygienisk vis (2, Webtable 1), og brukte vanligvis en jernsigd/håndljà, en skitten kniv eller et brukt barberblad (8). Applikasjon av potensielt farlige substanser som kumøkk og leire til navlestrengen var vanlig praksis. Siden barnet og hele fødselsprosessen ble ansett som forurenset var det aldri noe fokus på håndhygiene (2, Webtable 1).

Etter intervensjonen har Saksham Sahayak fått fram budskapet om hvor viktig hygiene er før, under og etter fødselen. Mange ting har derfor endret seg nå.

Forholdene på Saur er forbedret. Gulvet smøres ikke lenger med ku- eller bøffelavføring og rommet skal feies rent. Det skal også holdes varmt og godt ventilert, men uten luftdrag. Håndhygien er skjerpet, og alle som skal inn på Saur må vaske hendene før de går inn i rommet. Det skal forhindres at barnet faller på bakken hvor infeksiosøst agens fortsatt kan ligge. Andre hygieniske tiltak er tilgang på sterile redskaper til å kutte navlestrengen med. Landsbyboerne får opplæring i å sterilisere redskapene de bruker for å knyte over og kutte navlestrengen. Det skal være rene håndklær tilgjengelig til å tørke barnet med, samt rene klær, barneseng og dyne (2, Webtable 1).

Opplysning om faresignaler og undersøkelse av sykt barn

De fleste landsbyboerne mente de visste hvorfor barna ble syke og døde – onde ånder (Jamoga). Når et barn ble blått av for eksempel hypotermi, dyppet de barnets lillefinger i kokende olje for å jage bort disse onde åndene (8).

Saksham Sahayak er trent opp til å gjenkjenne og rask henviser barn med diareesykdommer, akutte respirasjonsinfeksjoner, underernæring, anemi og malaria. De skal også kunne utdanne familier til å gjenkjenne det overnevnte (4). Når de vurderer syke barn har de en standardisert måte å gjøre det på. Saksham Sahayak spør barnets foreldre om barnet har hatt symptomer som kramper, diaré, feber, øreproblemer, hoste eller pustevansker. De teller barnets respirasjonsfrekvens, og ser etter faretegn som inndragninger, nesevingespill, svulmende og spent fontanelle, puss fra ørene eller navlen, hudpustler, utslett eller ikterus. I tillegg måler de temperaturen, observerer om barnet er sløvt eller bevisstløs, og spør om det beveger seg mindre enn vanlig. Barna vurderes med tanke på feil- og underernæring, anemi og immuniseringsstatus. Siden de ikke har en lang helseutdanning har IMNCI utviklet skjema hvor de kan krysse av for overnevnte symptomer og faresignaler. Slik kommer de fram til mest sannsynlig sykdom, og skriver så en henvisning som sendes med mor og barn til sykehuset (9).

Hjemmebesøk før og etter fødsel

I og med at folket i Shivgarh er skeptiske til folk som kommer utenfra, var det vanlig praksis å oppsøke lokale folk de stolte på om de nyfødte ble syke (8). Det var sjelden

at kvalifisert helsepersonell ble kontaktet, mye på grunn av negative assosiasjoner omkring sykehus som hersker i landsbyene.

Saksham Sahayak gjennomfører to besøk før fødsel, henholdsvis 60 dager og 30 dager før anslått termin. Hensikten med disse besøkene er å knytte tettere bånd til familien, oppnå tillit, forsikre seg om at familien er klar til å ta imot barnet og at forholdene rundt fødselen er klarert. Det er også et viktig moment å avtale to besøk etter fødselen. Det første besøket skjer innen de første 24 timene etter fødsel og det andre på dag 3. Ved disse besøkene optimaliseres de tiltak som familien har forberedt seg på ved fødselsplanleggingen. Om barnet viser tegn til sykdom blir foreldrene oppfordret til å oppsøke nærmeste sykehus eller helsestasjon. I tillegg til disse planlagte besøkene har de gravide og nybakte mødrene muligheten til å kontakte Saksham Sahayak om de ønsker flere besøk, har spørsmål eller trenger mer opplæring. Dette tilbudet har de fra sent i første trimester til etter nyfødtp perioden (2, Webtable 2).

Ammehjelp

På landsbygda i India, som mange andre steder, hersker ulike tradisjoner som forteller mødrene hva som er best for barnet. Mange av disse tradisjonene strider mot det som er bevist helsemessig bra for barnet. En av disse oppfatningene er synet på amming. Råmelken regnes som skitten, og bør derfor gå til spille på beordring fra presten. Den nyfødte får vann (som regel skittent), honning og geitemelk de første dagene, som gis ved en vøttet bomullspinne (også denne er som regel skitten). Fra den tredje dagen begynner som oftest moren å amme barnet, også dette på oppfordring fra den lokale presten. Men langt fra alle ammer, og flere av barna vokser opp på skittent vann og dyremelk. Også mange av de som ammer fra dag tre, starter med å introdusere dyremelk mellom tredje og femte måned, og dette har vist seg å øke risikoen for infeksjoner og undervektige barn, som på sikt øker dødeligheten (6).

Denne oppfatningen om amming har Saksham tatt tak i, og de har satt fokus på å opplyse kvinnene om de helsemessige effektene av amming. Dette gjøres som en del av fødselsplanleggingen, det synges om i folkesanger, diskuteres på folkemøter og legges vekt på ved hjemmebesøkene. Ved det første besøket etter fødsel, får moren hjelp til å amme barnet, ønskelig innenfor den første timen, slik at råmelken ikke skal

gå til spille. Hun får hjelp til å beherske teknikken og samtidig får hun styrket forholdet til barnet ved at hun holder det tett inntil seg. En annen viktig effekt som opplyses om i forbindelse med amming, er at barnet holdes varmt når det ligger mot mors bryst (2, Webtable 1). Som et resultat av at amming starter innen en time etter fødsel, har Saksham notert en reduksjon i at det gis annen føde før ammingen er etablert (2).

”Skin-to-skin care”

En av de mest prioriterte tiltakene som Saksham har satt i gang, er å forhindre hypotermien som kan oppstå umiddelbart etter fødsel. Hypotermi regnes som en av de store risikoene for nyfødt død på landsbygda i India, og det er en snikende dødsårsak, for svært få tenker på at ungen må holdes varm når klimaet er så varmt. Selv på sommeren, når temperaturene kan nå over 40 grader, viser så mange som 30 % av de nyfødte barna i Shivgarh symptomer på hypotermi. Selv når hypotermien ikke er direkte dødsårsak, gjør den de nyfødte mer sårbare for andre potensielt dødelige tilstander; malaria, luftveisinfeksjoner og diaré (8).

Mange tradisjoner øker risikoen for hypotermi. Ungen fødes på et kaldt leiregulv og ligger udekket alene på gulvet den første ½-1 timen. Deretter bades og vaskes ungen i lange perioder mange ganger i løpet av de første dagene. Huden skrubbes med leire og/eller såpe for å fjerne det naturlige vokslaget som beskytter og holder barnet varmt. Det legges ikke noe spesiell vekt på kontakten mellom mor og barn de første dagene, og barnet får derfor heller ikke varme fra mor. Siden barnet regnes som urent, vil ikke familien bruke rene klær som uansett må kastes senere. Barnet får ikke rene klær før etter dag seks, i forkant brukes bare gamle filler til å dekke barnet for å forhindre kontakt og ”forurensing”. Det er også vanlig at ungen masseres flere ganger daglig med oljer, ofte hardt og uten tildekke (2, Webtable 1).

For å snu denne uheldige behandlingen for barnet har Saksham satt fokus på hypotermi som risikofaktor, og har gitt hypotermi et eget begrep landsbybeboerne forstår –Thanda Bukhaar, kald feber (8). De har introdusert ”skin-to-skin care”, som knytter barnet og mor tettere sammen, gir barnet varme og optimaliserer forholdene for amming. Barnet bør ligge på mors bryst, hud mot hud, minimum to til tre ganger daglig, så lenge som mulig. For små, premature barn bør hyppighet og varighet økes.

De har også gjort noe med selve fødselstradisjonene, slik at barnet blir tatt i mot i stedet for å falle på det kalde leiregulvet. Barnet tørkes så av og dekkes med varme klær umiddelbart etter ankomst. Mødrene opplyses om at barnet ikke bør bades i løpet av de første syv dagene, bare vaskes forsiktig med varmt vann og at vokslaget på barnet ikke skal fjernes. Oljemassasje skal ikke skje uten at barnet holdes varmt, og i mindre perioder av gangen (2, Wehtable 1).

Tidligere hadde de færreste termometer for å holde øye med temperaturen til barnet. Saksham har forsøkt ThermoSpot hos noen av familiene. Det er et apparat som festes på barnets underarm, og når barnet får lavere kroppstemperatur vil apparatet skifte farge (2).

Det har vært store forbedringer sett i flere aspekter av fødselsplanlegging. Signifikante forbedringer ble sett med målrettet nyfødtsomsorgspraksis ved hjemmebesøk, bedre hygiene, ”skin-to-skin care” og amming. Disse tiltakene har ført til 54 % reduksjon i justert neonatal mortalitetsrate i Shivgarh. ThermoSpot sammen med overnevnte tiltak har imidlertid ikke vist seg mer effektiv i reduksjon av neonatal mortalitetsrate (52 % reduksjon) enn tiltakene i seg selv (2).

World Health Organization (WHO) rapporterer i 2011 om at India på landsbasis har omtrent 900 000 nyfødt dødsfall årlig (10). Dette er en nedgang fra 2009 hvor 1,17 millioner nyfødte døde årlig (1).

Diskusjon

Nyfødt dødelighet er et stort globalt problem. Hvordan har IMNCI med sine intervensjoner klart å redusere neonatal dødelighet i Shivgarh, India med 54 % i løpet av to år (2)? På hvilken måte skiller IMNCI seg fra andre programmer som jobber for samme sak?

IMNCI og Community Empowerment Lab har gjort et enormt forarbeid med å kartlegge årsaker og risikofaktorer for nyfødt død i Shivgarhs landsbyer. Prosjektet ansatte seks antropologistudenter hvor deres eneste jobb var å lytte. De har derfor

brukt mye tid på å lytte til landsbybeboerne om deres tradisjoner og oppfatninger om graviditet, fødsel og familieliv, og kartlagt risikofaktorer for de nyfødte barna (7). Når man vet risiko- og årsakssammenhenger, er det lettere å vite hva man skal ta tak i.

Folket i Shivgarh er mistenksomme til folk som kommer utenfra og nye ideer (8).

Community Empowerment Lab har derfor bevisst brukt landsbybeboere som arbeidsressurs, da disse kan språket, kjenner til området samt de kulturelle tradisjoner og sosiale koder som hersker i landsbyene. Bruken av landsbybeboere har også ført til at de lettere oppnår tillit og kommer tettere inn på gravide og nybakte mødre.

Landsbybeboerne blir møtt med respekt og forståelse for sin kultur i stedet for nedlatende, bedrevitende holdninger. Dette står i kontrast til mange andre lignende programmer, som bruker vestlig helsepersonell og hjelpere, der den gode hensikten om å hjelpe lett kan mistolkes av de lokale som er mistenksomme til nye ideer og folk som kommer utenfra. Saksham jobber for å knytte bånd til de lokale, og de hører hjemme i samfunnet (8). De flytter ikke derfra når programmet er ferdig, slik som andre programmer bare er tilstede i en begrenset periode før personellet reiser hjem igjen. Saksham Sahayak er for det meste menn. Dette er et bevisst valg av to grunner; den ene er viktigheten av at menn involveres i problemstillinger knyttet til svangerskap og fødsel, den andre er at bruken av menn gir prosjektet høyere status (7).

Kommunikasjonen har vært avgjørende for det gode resultatet programmet har oppnådd. Saksham Sahayak har blitt drillet i kommunikasjonsferdigheter og i å respektere lokal tradisjon og tro, selv om det er risikabelt for de nyfødte (8). Det tok nesten ett år å oppnå tillit i landsbyene. I starten ble de møtt med mye mistenksomhet og kvinnene syntes det var merkelig at menn skulle prate om kvinnelige problemstillinger. Selv om de ikke nådde fram med budskapet, besøkte Saksham landsbyene én gang i uken for å sakte, men sikkert oppnå tillit (7). En viktig målgruppe var individer med nøkkelroller i landsbyene. Hvis de tok til seg budskapet, ville resten av landsbybeboerne mest sannsynlig også det (2).

Saksham innleder alltid et besøk med å prate om hverdagslige ting før de tar fatt på medisinske problemstillinger, de tar seg god tid og gir inntrykk av at de kjenner den enkelte og at de oppriktig bryr seg. Da vi deltok på hjemmebesøkene ga

landsbybeboerne oss inntrykk av at de er veldig glade og takknemlige for den hjelpen de får, og Saksham ønskes velkommen inn i alles hjem. Ved besøkene viser Saksham stor respekt for de herskende tradisjonene. De er initialt mer opptatt av å høre landsbybeboerne fortelle om hvordan de gjør ting under graviditet, fødsel og i nyfødtp perioden, enn å påtvinge dem hvordan de egentlig bør gjøre det.

En av arenaene for å vinne aksept og spre kunnskap i landsbyene er folkemøtene. Her skal alle få komme til ordet og prate fritt uten å bli møtt med fordommer, verken fra Saksham eller hverandre. I og med at det inkluderes folk i alle aldre, av begge kjønn og fra alle kaster (7), kan det bidra til at skillet mellom kjønnene og de ulike folkegruppene minskes. Det kan føre til at de får mer aksept for hverandre og at samarbeidet videre går lettere. For å gi barna en bedre start på livet er det nødvendig å bryte noen av tradisjonene og adferden knyttet til graviditet og fødsel. Noe som har vært avgjørende for at landsbybeboerne skal se logikken i atferdsendringene Saksham fremmer, er bruken av folkelige metaforer med utgangspunkt i naturen og dagliglivet deres. På den måten kan de dra paralleller mellom gammel og ny kunnskap og tradisjon. De forklarer at en høne må ruge på egget og holde det varmt for at kyllingen skal overleve. På lignende vis må mor holde barnet varmt etter fødsel, gi av sin varme og omsorg. Befolkningen i Shivgarh er stort sett analfabeter og har lite utbytte av å høre det som for dem er fremmedord. Saksham jobber derfor for å gjøre beskrivelsene sine så enkle som mulig, bruke folkelige ord og uttrykk og minst mulig fremmedord. Siden landsbybeboerne verken kan lese eller skrive er folkesang et uvurderlig hjelpemiddel for å lære og videreføre ny kunnskap. Ved å synge folkesangene blir den nye kunnskapen lettere å huske, den får bredere dekning og vedvarende oppmerksomhet (2, Webtable 3). Under vårt besøk i India var vi nesten overveldet over oppslutningen til slike folkemøter. Vi var imponert over at det både var kvinner og menn i alle aldersgrupper samt folk fra ulike kaster, og at samholdet disse imellom virket sterkt. En feilkilde kan være at det var falsk forhøyet oppmøte fordi vi var hvite tilreisende i et område hvor det sjelden kommer folk utenfra. Det var vanskelig for oss å følge hva som ble sagt under møtene fordi vi ikke kan språket, og all kommunikasjon mellom oss og landsbybeboerne måtte foregå gjennom tolk. Tolkene som sådan hadde begrenset engelskkunnskaper.

Fødselsplanlegging var ikke vanlig før Saksham startet intervensjonen. Planlegging gjør familien mer rustet til å ta imot barnet, og barnet får en bedre start på livet. Saksham har fått landsbybeboerne til å forstå at det vil føre til mer ulykke for dem og barnet om de ikke planlegger, enn det motsatte, slik de trodde tidligere. For å få familien til å forstå viktigheten av å planlegge barnets ankomst, brukte de igjen folkelige metaforer. I India er det nøye planlegging i forkant av for eksempel et bryllup. De lager mat, skaffer klær, setter av penger og fordeler arbeidsoppgaver. Bryllup er en stor begivenhet for familien som krever forberedning, og et barns ankomst er på samme måte en stor begivenhet som også fortjener planlegging og oppmerksomhet (2, Webtable 1). Målet er at hele familien skal involveres i planleggingen, og oppgaver fordeles mellom begge kjønn. Dette kan ha en positiv effekt på samholdet i familien og gjøre at alle føler seg inkludert i tiden før og etter fødselen.

Fordi Saksham driver oppsøkende virksomhet, flyttes mye av ansvaret fra ukvalifiserte landsbydoktorer over på trent helsepersonell. Under hjemmebesøkene får mor og barn god oppfølging og mye hjelp som de mest sannsynlig ikke ville fått ellers. Dette er en sterk side ved programmet. Landsbybeboerne har sett at flere nyfødte overlever etter at Saksham har startet intervensjonen, og dette har naturlig nok gitt dem stor tillit til Saksham Sahayak og Saksham Karta. Når disse menneskene som de har så stor tiltro til anbefaler dem å oppsøke nærmeste helseinstans, er sannsynligheten større for at de faktisk gjør det.

På hjemmebesøkene fokuseres det også på prevensjon, og dette kan bidra til at det blir lenger tid mellom hvert barn som fødes i familien. Man har derfor mer tid og ressurser til å ta seg av hvert enkelt barn. India er allerede et overbefolket land, med Uttar Pradesh som den mest folkerike delstaten i verden (11). Nå som flere nyfødte overlever, er det viktig at man får ned antallet barn som fødes, slik at foreldrene har mulighet til å fø opp alle barna sine.

IMNCI fokuserer spesielt på å utvikle ferdigheter i stedet for å bare forsterke kunnskap. Hver indiske kvinne blir fortalt at hun bør amme barna sine, men de færreste blir fortalt hvordan og hvor ofte (4). Av den grunn vier Saksham stor oppmerksomhet til korrekt amming og ”skin-to-skin care”. Ved at de viser

ammeteknikken og lar mor få prøve selv, kan dette bidra i positiv retning til at mor føler mestring og knytter tettere bånd til barnet. Når mor holder barnet tett inntil seg, føler hun at hun beskytter barnet fra både hypotermi og onde ånder. Barnet på sin side føler seg tryggere, er gladere, sutrer mindre og blir avslappet av å lytte til mors hjerteslag (12). Ved amming og "skin-to-skin care" får barnet tre viktige ting det trenger –mat, varme og kjærlighet. Råmelken går ikke lenger til spille, og dermed får barnet en bra start på livet med viktige immunstoffer og rikelig med næring (13). I og med at de nyfødte i Uttar Pradesh er så utsatt for infeksjoner, er det desto viktigere at så mange som mulig ammer barna sine.

Saksham har tatt infeksjonsfaren på alvor, og har gjort mye med omstendighetene rundt fødsel og behandling av den nyfødte. Mye av arbeidet har vært rettet mot å få landsbybeboerne til å forstå at hygiene er viktig. Ved tilbereding av yoghurt er de indiske kvinnene svært nøye på håndvask og at redskapene skal være rene, på samme måte må barnet fødes i rene omgivelser og navlestrengen må kuttes med rene redskaper (2, Webtable 1). De tre største årsakene til nyfødt dødelighet er infeksjon, prematuritet og fødselsasfyksi (6). Infeksjon kan forebygges med enkle tiltak, og derfor er det viktig å prioritere dette. Vi vil tro at de to sistnevnte er vanskeligere å få bukt med under de landlige vilkårene med begrenset kvalifisert fødselshjelp.

Det har blitt gjort veldig mye for å forebygge infeksjoner, men man har enda en vei å gå når det gjelder vaksinasjon. Til tross for at India er en av verdens største vaksineprodusenter, er det bare 64 % mot 81 % i resten av verden, som er fullvaksinert (BCG, meslinger, difteri, pertussis, tetanus og poliomyelitt). Den indiske befolkning ser på poliovaksinen som den eneste viktige (6).

Selv om programmet har mange gode sider, og har vist gode resultater i reduksjon av nyfødt dødelighet, er det mye igjen før India når Tusenårs målet som omhandler barnedødelighet (Millennium Development Goal 4). Nyfødt dødeligheten ble i en toårsperiode (2004/2005) redusert med over 50 % i intervensjonsgruppene til Community Empowerment Lab i Shivgarh (2), men til sammenligning på landsbasis har nyfødt dødeligheten vært noenlunde uforandret siste fem år. Neonatal mortalitetsrate må også være høy (>50/1000 levendefødte) for at tiltakene skal vise

seg svært effektive. Det er signifikant nedgang i effektiviteten når den neonatale mortalitetsraten underskriver 50/1000 levendefødte (14).

De tiltakene som har blitt innført hjelper på infeksjoner, men ikke så mye på prematuritet og fødselsasfyksi. Med mindre man vil finne politisk vilje til å bevilge mer penger til kvalifisert fødselshjelp, vil det være vanskelig å få has på. Programmet i Shivgarh støttes av USAID, Melinda and Bill Gates Foundation og John Hopkins University (2). Vil India klare dette selv uten støtte fra internasjonale aktører? Selv om barns helse har vært et prioritert felt siden 1985 (45-47 % av helsesektorbudsjettet), har India lenge investert mindre enn 1 % av hele nasjonalproduktet på helse. Dette merkes blant annet på at det i India er for få helsearbeidere fordelt i distriktene. Det er gjennomgående for lite utdannet helsepersonell i India, 1,9/1000 innbyggere (0,6 leger, 1,3 sykepleiere/jordmødre). Tallet er enda lavere (1,35) i det offentlige (6). Selv om mye av ansvaret for barns helse er skjøvet over på landsbyboere, er det begrenset hva mer som kan gjøres uten kvalifisert helsepersonell og sykehus dersom barna først er blitt syke.

Høy nyfødt dødelighet er et globalt problem. I likhet med Shivgarh, er det mange land i verden der majoriteten av befolkningen lever på landsbygda med like problemer. Dr. Kumar har uttalt at hvis man kan lykkes i Shivgarh, mener han man kan lykkes hvor som helst (8). Vi har derfor gjort en vurdering av hvorvidt vi tror programmet med hovedvekt på hjemmebesøk og atferdsendring er gjennomførbart andre steder med lignende problematikk knyttet til nyfødt dødelighet. Det er mange positive sider ved programmet som taler for dette. Programmet griper tak i problemene ved rota, fokuserer på den enkelte familie og den tradisjon og tro som farger måten barna kommer til verden på og blir tatt hånd om i nyfødtperioden. Kulturen motarbeider på en måte at barna skal vokse opp. Saksham jobber på en måte som respekterer kulturen, og i stedet for å forkaste den, finner de en middelvei som kan knyttes inn i kulturarven.

Hjemmebesøkene gjør at ansvar blir flyttet fra sykehusene over på landsbynivå. Om alle kvinnene i det landlige India skal føde på sykehus, vil det indiske helsevesenet bryte sammen (7). Vi vil tro at det samme vil gjelde andre fattige land med høy befolkningstetthet, noe som er et viktig poeng for å se nødvendigheten av videreføring

av et slikt prosjekt. Saksham tar sikte på å gjøre fødslene og nyfødtp perioden så trygg som mulig og gjennomførbart i hjemmet. Foreldrene må læres opp i hvordan de skal ta seg av barnet. De må gjenkjenne, og på samme vis erkjenne at noe er galt med barnet, i stedet for å skylde på onde ånder når barna blir syke. Det er viktig å legge ned tid og ressurser i foreldrene, det er tross alt de som skal ta vare på ungen i det lange løp.

Saksham bruker mennesker som ressurser i stedet for penger, og ønsker fortrinnsvis lokale folk. Når man investerer penger i menneskelige ressurser som man vet blir i området, er det en mer langvarig investering enn å sende vestlig personell og utstyr for en kort periode. De fokuserer på billige og enkle tiltak i stedet for avansert utstyr som krever spesialkompetanse, noe de ofte ikke har på landsbygda i fattige land.

Det er imidlertid ikke alle som er like overbevist om at programmet vil fungere overalt. Marzio Babilie, leder for barnehelse for UNICEF i India, synes Shivgarh har oppnådd gode resultater, men han mener programmet ikke vil virke overalt. Et av argumentene er at barn i utviklingsland ofte dør av sykdommer som lungebetennelse som krever behandling av lege eller sykepleier, ikke landsbyboere (8). Ut ifra våre observasjoner og opplysninger fra kilder er det ikke slik at Saksham Sahayak og landsbyboerne behandler barna selv, men oppfordrer foreldre til å oppsøke sykehus dersom barna er syke. Et annet argument Babilie kommer med er at ikke alle programmer har tilgang til relativt høyt utdannede og motiverte ansatte (8). Det er vi enig i, i og med at Saksham Sahayak har minimum 12 års utdanning før de starter i programmet. Men det er også viktig å vite at Saksham Karta gjør en formidabel jobb, og de er frivillige i landsbyene med lite eller ingen formell utdanning (2). I og med at det tok ett år å bygge tillit blant landsbyboerne, sier det sitt om hvor sterk motivasjon og overbevisning Saksham har hatt. Vi tror veien har vært lang, og at Saksham har måtte bryte mange barrierer. I dag får mannlige arbeidere gå inn og ut av føderommet og de får hjelpe kvinnene med amming og ”skin-to-skin care”. Over tid vil hardt arbeid og tålmodighet lønne seg. Har de klart det i Shivgarh, mener vi det er mulig andre steder også. José Martines, leder for barn- og nyfødthelse i WHO har sagt at det stadig er en intensiv jakt etter måter å forbedre nyfødthelse på plasser hvor tilgang til helsehjelp er begrenset. Han mener Shivgarh har en ny tilnærming som er spesielt interessant (8).

Selv om det ser ut til at India ikke vil nå Tusenårsmål 4 innen 2015, mener Dr. Kumar at det er viktig at man ser lenger fram i tid (7). Ved programmet i Shivgarh har de fått formidable resultater med hjemmebesøk og atferdsendring, som kan videreutvikles og spres til andre områder. Verden vil ikke stanse opp i 2015. Kumar mener man må ha tiltak som er så solide at de vil vare også etter denne tidsfristen. Langsiktighet og bærekraft må være viktigere enn raske resultater (7).

Referanseliste

1. Størdal K. Nyfødt dødelighet - nøkkel til redusert barnedødelighet. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009;21(129):2270-3.
2. Kumar V, Mohanty S, Kumar A, Misra RP, Santosham M, Awasthi S, et al. Effect of community-based behaviour change management on neonatal mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: a cluster-randomised controlled trial. Lancet. 2008;372(9644):1151-62. Epub 2008/10/18.
3. Størdal K, Lie SO. Barn som dør - er tusenårs målet innen rekkevidde? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2009;21(129):2266-9.
4. Chatterjee P. India's efforts to boost neonatal survival. Lancet. 2006;368(9541):1055. Epub 2006/09/27.
5. National Rural Health Mission (2005-2012)--Mission document. Indian journal of public health. 2005;49(3):175-83. Epub 2006/02/14.
6. Paul VK, Sachdev HS, Mavalankar D, Ramachandran P, Sankar MJ, Bhandari N, et al. Reproductive health, and child health and nutrition in India: meeting the challenge. Lancet. 2011;377(9762):332-49. Epub 2011/01/14.
7. Bjergene LR. Forvandlingen i Shivgarh. Bistand Aktuell. 2008;3:10-1. Epub 03.04.2008.
8. Kohn D. Community involvement saves newborn infants in India. Lancet. 2008;371(9620):1235-6. Epub 2008/04/16.
9. Students' handbook for IMNCI Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness. 2003.
10. "Newborn deaths decrease but account for higher share of global child deaths". World Health Organization; 2012; Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/en/.
11. "Uttar Pradesh". Wikipedia; 2012; Available from: http://no.wikipedia.org/w/index.php?title=Uttar_Pradesh&oldid=10499419.
12. Darmstadt GL, Kumar V, Yadav R, Singh V, Singh P, Mohanty S, et al. Introduction of community-based skin-to-skin care in rural Uttar Pradesh, India. Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association. 2006;26(10):597-604. Epub 2006/08/18.
13. Greve T. Morsmelkens fordeler og ammingens utfordringer. Tidsskrift for Jordmødre. 2007.
14. Gogia S, Ramji S, Gupta P, Gera T, Shah D, Mathew JL, et al. Community based newborn care: a systematic review and metaanalysis of evidence: UNICEF-PHFI series on newborn and child health, India. Indian pediatrics. 2011;48(7):537-46. Epub 2011/08/05.

Jaccha sun lo ek phasana

O Mother, Listen this point,
You have to put baby on bare chest (KMC),
It (baby) won't cry, It won't startle,
Pour your love on it,
Lay the baby on the chest (KMC)

O Mother! Listen this point
You have to put baby on bare chest (KMC),
It (baby) won't cry, It won't startle,
Baby's weight would increase
Lay the baby on the chest (KMC)

O Mother! Listen this point
You have to put baby on bare chest (KMC),
(Baby's) Feet (should) have socks, (baby's) head (should) have caps,
Then, cover yourself with the blanket
This is how you will keep baby on the chest (in KMC position)

O Mother! Listen this point
You have to put baby on bare chest (KMC),
(Be careful that baby) Breathes properly, (Baby) gets warmth,
Prevent him from cold fever (hypothermia)
Baby should be laid on the chest

Laal nahuwava na jaye

Baby should not have cold fever (hence) don't bathe the baby
Father in law comes, enquires about his daughter in law to tell her to not bathe the baby

Baby should not have cold fever (hence) don't bathe the baby
Elder Brother in law comes, enquires about his sister in law to tell her to not bathe the baby

Baby should not have cold fever (hence) don't bathe the baby
Younger sister in law comes, enquires about his sister in law to tell her to not bathe the baby

Baby should not have cold fever (hence) don't bathe the baby

Husband comes, enquires about his wife to tell her to not bathe the baby

Baby should not have cold fever (hence) don't bathe the baby

Husband's sister comes, enquires about his sister in law to tell her to not bathe the baby