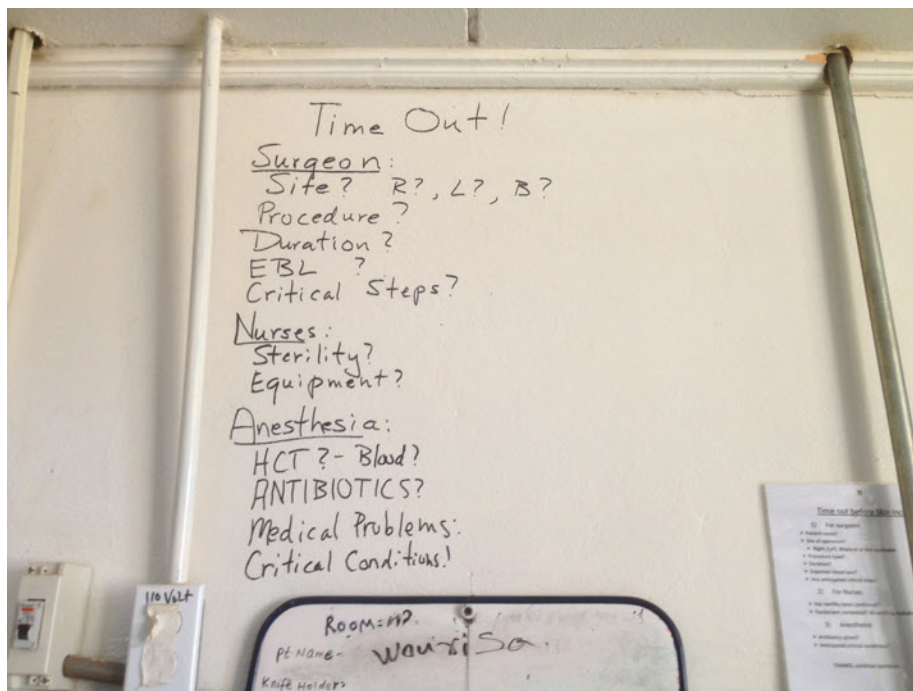


## Hilsen fra Soddo 08. Februar 2014

Så er en uke til i Soddo over. Den har vært fylt med spennede opplevelser, operasjoner, gleder og sorger. Jeg er også blitt svært imponert over den etiopiske kirurgen dr Arega og all kunnskapen og ferdigheter han har tilegnet seg gjennom sin PAACS utdanning i Kenya. Jeg ønsker på min måte å bidra til at PAACS legene her får en god og solid kirurgisk utdannelse. Ved å gi PAACS legene et solid fundament for deres senere yrkesliv ved ulike afrikanske sykehus er jeg, Olaf og alle dere som støtter oss, med på å hjelpe et uant antall pasienter i årene som kommer.

Hjemme i Norge har vi som i mange andre land noe vi kaller ”Trygg Kirurg” som vi gjennomgår før vi begynner en operasjon. Det er en sjekkliste som gjør at vi skal være sikre på at vi opererer riktig pasient for riktig lidelse med riktig operasjon. Sjekklisten er nå også innført her.



Timeout, sjekklisten før kirurgi

Her er noen små glimt fra uken som har gått.

*”Vi kan ikke redde armen hans, men vi kan redde livet hans!”*

Lukten av en arm som råtner er vanskelig å beskrive, en søtlig duft fyller rommet. En 10 år gammel gutt har brukket armen, den skulle nå ha vært på god vei til å tilhele, men istedet ligger han på en seng i intensivavdelingen. Ved siden av ham står far og andre slektninger. I beste mening har de tatt ham med til en tradisjonell behandler som har brukt tradisjonell behandling på bruddet med spjelking ved hjelp av trepinner som festes til armen med stram surring rundt. Det er nå gått to uker og hånden er svart, bein er blottlagt i underarmen og puss fyller såret. Alt håp er ute for å redde underarmen. Han innlegges og vi planlegger amputasjon som gjøres søndag formiddag.



Dr Arega, til høyre, med dr Shigute som er i utdanning.

Et punkt som er med her som vi mangler hjemme er forbønn for pasienten. Første punkt på sjekklisten er som regel en takk til Gud og bønn om hjelp til å kunne helbrede pasienten, til å unngå komplikasjoner og om at pasientene må få et møte med Gud i deres liv.



*”Han dør uten operasjon, dersom vi opererer er det dessverre høy risiko for at han også dør, men det er hans eneste sjanse”*

Trafikken i Etiopia er farlig. Det er mange ulykker. På søndag kom det inn en ung mann med hodeskade etter motorsykkel ulykke. Han hadde ikke brukt hjelm, de færreste gjør det.

Det er opplagt at pasienten har en hjerneskade, det er ikke brudd i skallen, han kan ha en blødning eller diffus hevelse i hjernen. Uansett må vi lette på trykke og eventuelt fjerne blødning dersom han skal ha en sjanse. Sjansene for overlevelse synker dramatisk med tiden. Vi har liten tid.

*Det er billigere å frakte døende pasienter enn døde.*

Livet i Etiopia er brutalt. Familien velger å si nei til kirurgi. Kirurgi koster penger, penger som er bortkastet dersom han ikke overlever. Transport av døde er også veldig dyrt, bileiere tar seg godt betalt for å frakte lik, det er mye billigere å frakte døende pasienter enn døde. Alle disse overveielsene må familien arbeide seg igjennom, samtidig som sorgen over det som har skjedd og skjer rammer dem hardt.

Samtidig gjør en familie seg klar til å reise fra kirurgisk avdeling. En ung AIDS syk kvinne har fått en alvorlig sårinfeksjon etter keisersnitt for noen uker siden, de siste dagene har hun nektet behandling. Hun vil ikke ha flere sårrevisjoner, hun vil ikke ta i mot den behandlingen vi vil gi for såret hennes, hun vil bare dø. Familien har gitt opp å prøve å overtale henne til å ta i mot behandling, de ser hvilken vei det går. Nå velger de å ta henne hjem for at hun kan dø hjemme, hjemreisen må skje før hun dør, det er billigere å frakte døende pasienter enn døde.

Senere samme kveld, bestemmer familien til pasienten med hodeskade at vi likevel kan gjøre kirurgi. Før slik kirurgi ville vi hjemme hatt CT røntgen av hodet. Det som gjør det hele virkelig leit her er at vi har en fungerende CT maskin ved sykehuset her og norsk radiolog, dr Karl Roth, men myndighetene har nedlagt forbud mot bruk av CT maskinen før alle nødvendige lisenser er på plass. Så nærmeste CT maskin er da i Awassa, 180 km vekk.

Så uten CT bilder gjør jeg sammen med assistentlegen Moges, 8 borrehull og fjerning av et stykke skallebein på begge sider uten å finne annet enn opphovnet hjernevev og ingen blødning. Det er nå mer enn 24 timer siden ulykken, begge pupillene er uten lysreaksjon. Det er ikke annet å gjøre enn å lukke, vente og be.

Pasienten blir ikke bedre i løpet av de neste dagene, og på onsdagen døde han. Jeg bor på gjestehuset like ved sykehuset, jeg kunne i timesvis høre de pårørende rope og gråte av sorg. Samtidig føler jeg som kirurg også en sorg, sorg over at jeg ikke kunne redde ham. Det er en sorg som er vanskelig å forklare, den er selvfølgelig anderledes enn de pårørendes sorg, men den er tilstede hver gang det går galt med en pasient, og det gjør at jeg hele tiden fokuserer på å gjøre det bedre neste gang. Samtidig kan man si det er irrasjonelt for meg å føle sorg, fordi en slik pasient ville neppe ha overlevd hjemme heller, men likevel, vi står med liv og død i hendene, bokstavelig talt, og jeg tror det gjør meg til en mer skjerpet og bedre kirurg å føle på denne sorgen når det går galt med en pasient.

Onsdagen opererte jeg sammen med Moges en ung mann som var sendt fra Arba Minch sykehus. Han hadde en stund hatt en svulst i magen og ble operert der, de åpnet magen, fant en svulst, bestemte seg for at det var for vanskelig og lukket igjen. Pasienten ble så sendt til oss og vi opererte ham en ukes tid etter den første operasjonen. Nå tror jeg ikke at det er spesialist i kirurgi ved sykehuset i Arba Minch for tiden. Det pleier å være en eldre utenlandsk kirurg der, men han er borte nå.

Det å åpne en buk og så lukke den igjen uten å gjøre noe, er nok noe som mange vil smile litt av. For meg er det heller et tegn på god dømmekraft hos disse legene som ikke er kirurger. Når de finner noe som er for



*Dr Moges gjør seg klar til hjernekirurgi. Fluesmekke er med.*

vanskelig for dem, blir pasienten sendt videre og det er til pasientens beste. Sykehuset i Arba Minch var tidligere drevet av Norsk Luthersk Misjonssamband og var da et av de beste sykehusene i landet. Det var det første sykehuset her som fikk ultralyd maskin og folk kom fra hele Etiopia og fra nabolandene for å få ultralydundersøkelse. Nå er sykehuset overtatt av staten, det er vanskelig å rekruttere kirurger og derfor er delstatens nest største by med nesten 100 000 innbyggere uten kirurg.

Pasienten hadde nok ikke annet enn en svært vanskelig blindtarmbetennelse som gjorde at vi måtte fjerne høyre del av tykktarmen.

Denne uken har jeg også operert to tilfeller av brystkreft sammen med dr Moges, begge kvinnene hadde gått så lenge at det ble åpne sår i brystet med puss rennende ut. Begge hadde flere lymfeknuter i armhulen som vi også fjernet. Hos begge var også svulsten vokst så stor at vi ikke kunne lukke huden etter operasjonen, men måtte transplantere hud fra beinet.

Det er endel krefttilfeller her, jeg har også vært gynekolog igjen og operert en dame med kreft i eggstokkene og spredning i bukhalen. Det som var ekstra leit i den saken var at hun i flere år hadde oppsøkt helsehjelp og klaget over magesmerter uten å få annen hjelp enn medisiner. Hun hadde til og med vært ved sykehuset i Jinka. Nå har jeg fjernet så mye av svulsten og spredningen som mulig og gynekologen her, dr Mark, vil sende henne til Addis for å forsøke å få tak i cellegiftbehandling, noe som er svært vanskelig og i praksis bare for ressurs-sterke.

Tirsdag var det storfint besøk av kontrollkomitéen for strålevern som ens ærend fra Addis Abeba for å sjekke CT maskinen. Det er bygd et nytt flott hus til CT maskinen hvor den er oppmontert i eget rom med to stykker aircondition maskiner. Det er også plass til vanlig røntgen maskiner i huset, men det er ikke riktig på plass enda. Røntgenlegen, dr Karl Roth, har også fått arbeids-stasjon med mulighet til å vurdere bilder digital, men her er ikke alt på plass enda. Alle var nå veldig spente på om vi kunne få godkjent bruk av CT maskinen. Alt var helt perfekt unntatt en mangel, det manglet et rødt lys som skulle lyse over døren til CT rommet når maskinen var i bruk. Nå var gode råd dyre, skulle hele godkjenningen ryke på grunn av dette lille lyset? Raskt ble en rød pære funnet, men sokkel manglet. Mens Olaf og Temesgen startet med oppkobling av ledninger løp andre til byen for å kjøpe sokkel. I mellomtiden satt dr Karl og konverserte med komitéen over et par glass brus. Raskt ble alt nødvendig utstyr montert og hele komitéen klappet når lyset kom på. Gledesstrålende kunne dr Karl Roth motta meldingen om at CT maskinen ville bli godkjent.



*Det røde lyset og Temesgen, Olafs trofaste hjelper.*



*Her er jeg sammen med dr Karl og CT maskinen*



I løpet av uka fikk jeg også æren av å operere en utlending som kom tilreisende til Soddo fra et annet sted i Etiopia. Jeg hadde med meg noe kikkhullsoperasjons-utstyr fra Norge og fikk da bruke det på en betent galleblære. Slike operasjoner er aldri enkle og man skal være forsiktig slik at man ikke skader gallegangene. Jeg opererte sammen med dr Arega og dr Moges, og etter gjennomgang av ”Trygg Kirurg” og forbønn ved dr Moges var vi i gang. Galleblæren var svært betent, men etter tre timer fikk vi den ut og to dager senere reiste pasienten tilbake til stedet vedkommende kom fra. Dette kan godt være den første kikkhullsoperasjonen utført på betent galleblære i Etiopia.



*Medbrakt fra Norge*



*Temesgen forsøker på bryte seg inn i pumpehuset*

Fredag kveld bød på interessante opplevelser. For det første ble Olaf litt uvel i magen, I dag på lørdag er han heldigvis god igjen. Men, som det har skjedd en gang før her, plutselig er det noen som skrur av vannet til gjestehuset og går hjem. Hvem som skrur av og hvorfor de skrur av er ikke godt å vite. Det førte til at vi i noen timer forsøkte å få vannet på igjen, noe som ikke var helt enkelt. Dr Moges var med, vi engasjerte vaktene, vi forsøkte å komme inn i pumpehuset, men det var låst og vedkommende med nøkkel svarte ikke på telefon. Enden på visa ble at vaktene og Temesgen fylte vann i tønna utenfor gjestehuset så vi kunne ha litt vann til toalettet ihvertfall. Olaf, han dro ned til dr Karl og sov greit der. I dag er vannet på igjen, jeg forstår ikke hvorfor noen driver på slik og skrur av og på vannet, det var et kjent problem her på tomta i følge dr Moges.

Så, senere på natta ca kl 02.00 hadde jeg gleden av gå ned til sykehuset med den fantastiske afrikanske nattehimmelen over meg. Jeg ble tilkalt av dr Shigute som trengte hjelp med et keisersnitt. Sammen fikk vi gleden av å redde en liten etiopisk jente. Så det forrige brevet sluttet med en tragisk dødfødsel og keisersnitt, mens dette brevet kan slutte med en gledelig forløsning av et nytt barn. Gud er god!

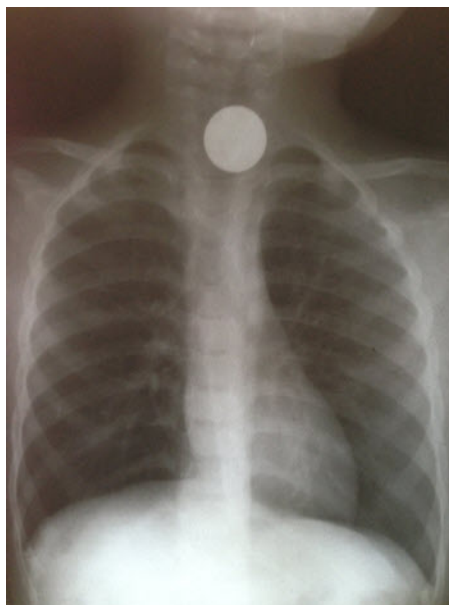


*Shigute med de to pasientene på oppvåkningen, mor og datter*

I dag er det lørdag, jeg reiser senere til Addis Abeba med bilen til Gerawork for å hente familien som kommer ned. Det blir flott, jeg gleder meg til å være sammen med dem her i Soddo.

Med vennlig hilsen

Bjarte og Olaf



*Hva er dette?*