

Kjære venner

I uken som gikk var jeg sammen med dr Mogus og dr Ronald, to av de seks utdanningskandidatene i kirurgi, igjen ved Soddo Christian Hospital. Resten av de kirurgiske legene var i Addis på konferanse. Borte var også gynekologen og ortopedien. . . .



M

Mandagen begynte med reoperasjon av en kreftpasient som hadde fått fjernet noe tarm i forrige uke, dessverre var det nå tilkommet lekkasje i skjøten og livet stod ikke til å redde. Hun døde senere på kvelden på intensivavdelingen. Videre gjorde vi en tarmreseksjon på grunn av tarmslyng.

Tirsdag var det igjen en tarmreseksjon på grunn av tarmslyng, noe som er relativt vanlig i Afrika. Jeg lurer på om det skyldes kosten med mye fiber som gjør at tykktarmen blir lengre og mer mobil, det gjør at menneskene her er mer utsatt for tarmslyng. Noe som ikke er så vanlig var den andre pasienten den dagen, en 4 dager gammel gutt som var født uten endetarms-åpning. Etter å ha lest litt i bøkene operert vi ham og fikk laget en ny endetarmsåpning og rekonstruert lukkemusklene. Så kunne gutten endelig få brystmelk og alle var glade når sengen etter en stund var full av avføring.



På onsdag hadde vi en 5 år gammel jente med vondt på høyre side av magen. Jeg tenkte først og fremst på en form for tarmslyng der tynntarmen går inn i tykktarmen (invaginasjon), men historien passet ikke helt med det heller. Vi observerte henne noen timer, men fant så ut at det var nok lured å kikke inn i magen. Hjemme har vi mulighet til ultralyd og CT - skanning, her hadde vi bare ultralyd, med et dårlig apparat og ingen røntgenlege til å gjøre undersøkelsen, jeg ble ikke så mye klokere etter ultralyd og bestemte meg derfor for å kikke inn i magen kirurgisk. Dr Gray her kaller CT - skanning for Cut and Tell, det vil si åpne og se, hjemme betyr CT computer tomografi og er et viktig diagnostisk hjelpemiddel. Vi hadde god tid og ville derfor prøve laparoskopi, det vil si kikkhullskirurgi. Det er noe legene her har lite erfaring med. Vi fant frem noe utstyr og begynte operasjonen.

Det viste seg at jenta hadde blindtarmbetennelse, det er en sjelden diagnose i Afrika, men diagnosen blir etter hvert mer og mer vanlig – spesielt i byene. Til stor glede for alle fjernet vi blindtarmen laparoskopisk, noe de aldri hadde gjort for. Utstyret var nok ikke helt optimalt, men operasjonen gikk greit.

Onsdag kveld fikk vi inn en pasient som klart viste hvor viktig det er å være her i Etiopia for å hjelpe til med å utvikle helsevesenet. Det var en trafikkulykke nær Moyale på grensen mot Kenya. En Isuzu lastebil (i Etiopia også kalt Al-Qaida fordi de dreper så mange langs landeveien . . .) mistet et hjul og kolliderte med en minibuss der flere ble drept. Sjåføren på lastebilen ble hardt skadd og sendt til Awasa Universitets-sykehus. Awasa er delstatshovedstaden i SNNPR som er den sør-vestlige delstaten i Etiopia, den har ca 270 000 innbyggere og universitets-sykehuset skal være hoved sykehuset for hele delstaten.

Sjåføren hadde knust venstre legg, mange stygge brudd og store bløtdels-skader. Han hadde også punktert den ene lungen. Ulykken skjedde flere dager tidligere og pasienten ble lagt inn på sykehuset i Awasa der man forsøkte å lukke sårene hans, pasienten ble dårligere og de pårørende tok med seg pasienten og tok minibuss til Soddo 180 kilometer fra Awasa hvor pasienten kom onsdag kveld, ble sendt rett på operasjonsbordet der han holdt på å dø, men teamet klarte å gjenopplive ham, sårene ble åpnet og vasket og pasienten ble lagt på intensiv avdelingen for å få blod og væske.

På torsdag så jeg ham første gangen, da gav vi ham blod, og tok ham tilbake til operasjonsavdelingen, fikk lagt inn thoraxdren og rensset grundig opp i sårene, fjernet mye dødt vev, muskler og løse beinfragmenter. Det er tvilsomt om foten kan reddes, men pasienten har nå en god sjans til å overleve.

Torsdag ettermiddag kom også resten av teamet tilbake og vi kunne derfor igjen pakke bilen og fredag morgen satte vi kursen mot Addis Abeba.

Turen til Addis gikk fint, det var lurt å starte tidlig på morgenen, det var mye mindre folk og biler på veien da. Vel fremme i Addis fikk vi installert oss på NLM gjestehuset, før vi på kvelden dro ut til flyplassen for å hente Olaf Raundalen som kom med fly fra Arba Minch. I Arba Minch har han reparert og vedlikeholdt deler og utstyr ved den tekniske høyskolen og Toyota verkstedet.

Neste uke vil vi besøke Black Lion sykehuset, som er tilsvarende Rikshospitalet hjemme i Norge. Det er det største referanse-sykehuset i Etiopia og et av de største sykehusene i Afrika.

I dag på søndag har vi vært i Lekso, sørgehus, for pastor Senbato fra Arendal Frikirkes vennskapsmenighet i Idadji. Senbato og familien bodde nå i Addis Abeba da han døde plutselig for to uker siden. Senbato hadde studert i Stavanger og var på besøk i Arendal med sin kone for ett år siden. Vi fikk overbringe en hilsen fra Arendal Frikirke til enken og barna.

Vi treffer flere misjonærer i Addis, både helsepersonell og andre. Det er flott å bli bedre kjent med ildsjelene her som driver et veldig viktig arbeid. Det er stort behov for helsemisjonærer, og helsemisjon er virkelig en døråpner for evangeliet. I dag fikk vi høre om sykehuset i Shakkiso der de ikke har kirurg og ingen kan gjøre keisersnitt. Det er 130 kilometer til nærmeste sykehus der de kan gjøre keisersnitt, og i gjennomsnitt dør det fire kvinner i barsel hver måned. Kvinner som kunne vært reddet dersom noen var der og kunne gjøre keisersnitt. Selv i 2011 er det mange som mangler det vi tar for gitt hjemme i Norge, i Norge snakker vi om pasientrettigheter og rett til helsehjelp, her er helsehjelp en gave som mange ikke får. Da er spørsmålet til oss og til misjonsorganisasjoner hjemme, hva svarer vi på denne bønn om hjelp?

Med vennlig hilsen

Bjarte T. Andersen

