

Satsning på barn och mödrar vid Mpongwe Mission Hospital i Zambia

I två olika artiklar får du läsa om de senaste uppdragen på Mpongwe Mission Hospital i Zambia. Båda har haft fokus på att förbättra situationen för barn och mödrar vid sjukhuset. Det ena genom att lära de lokala läkarna hur man lägger spinalanestesi för att underlätta vid kejsarsnitt, och det andra genom att en barnmorska och en neonatolog har stöttat den lokala personalen vid förlossningar och omhändertagande av de nyfödda barnen.



Lyckad utbildning: Nu kan de lägga spinalanestesi!

Äntligen tillbaka i Afrika, kände vi båda två, jag Maria Wikström och Peter Geiger, den 17:e september, när vi lyfte från Lusaka mot Ndola med det lilla propellerflygplanet och såg det torra landskapet med hyddliknande hus under oss. Jag tänkte på Dag Hammarskiöld, vars flygplan störtade utanför Ndola natten mellan den 17 och 18 september 1961, och hoppades att vi inte skulle gå samma öde till mötes. Efter lyckad landning i Ndola fortsatte vi med bil på den röda och mineralrika jorden som gett upphov till provinsnamnet "The Copperbelt Province" vidare till Mpongwe och Mpongwe Mission Hospital.

I Mpongwe görs i stort sett enbart kejsarsnitt, komplikationer till kejsarsnitt och andra gynekologiskt relaterade operationer som tex extrauterina graviditeter. Hittills har



dessa ingrepp gjorts i Ketaminarkos. Generell anestesi med Ketamin utan säkrad luftväg hos en höggravid patient innebär dock bland annat risk för aspiration och dessutom svårigheter att monitorera ventilationen när mamman spontanandas och inte är intuberad. För att få en alternativ narkosmetod har man önskat lära sig spinal ryggbedövning, spinalanestesi (SA). Det finns gott om evidens för att SA gynnar både moder och barn och SA är, om möjligt, förstahandsval vid kejsarsnitt världen över. Vårt uppdrag i Mpongwe var därför att under fyra veckor fortsätta lära några av de lokala läkarna att lägga SA. Ett liknande uppdrag gjordes av en kirurg och en narkosläkare i våras.

Som narkosläkare var det främst Peter som skötte undervisningen av SA, medan jag som kirurg opererade de spinalbedövade och blev tillfrågad som "kirurkonsult" på avdelningen och OPD (Out Patient Department, Öppenvårdsmottagningen) om kirurgiska fall. Man hade i förväg annonserat på gudstjänster och i lokalradio att ett skandinaviskt operationsteam skulle komma. Varje morgon satt därför ett varierande antal patienter uppgradade utanför avdelningen och väntade på att bedömas av oss. Till denna "preop-mottagning" kom patienter med diverse olika knölar, tex dermoidcystor från främre fontaneln, stora ameloblastom i ansiktet, pseudoaneurysm från artéria subclavia, läpp-käk-gomspalt, keloidala blomkålsöron mm. Dessa patienter fick förstås remitteras vidare till större sjukhus och andra specialister. Däremot opererade vi många kejsarsnitt, ljumskbräck (primära + recidiv), hydrocele, vissa medellinjebräck, scrotala abscesser (orchidektomi), och mindre ingrepp som lipom, atherom, granulom, cystor och teratom. "Preop-mottagningen" tog i regel flera timmar varje dag. Därefter opererade vi till sen eftermiddag/tidig kväll och "lunchen" blev – i bästa fall – en flaska vatten, läsk och kex. Förutom patienter från när och fjärran (ryktet om vår närvaro hade 3:e och 4:e veckan nått utanför Mpongwe med omnejd, och mer långväga

patienter började dyka upp) passade även sjukhuspersonal själva – med eller utan anhöriga – på att komma till vår mottagning i hopp om att få diverse problem bortopererade...

Ingen IVA fanns, patienterna gick direkt från operation till avdelning. Eftersom ingen elektiv kirurgi bedrevs, var avdelningspersonalen ovana vid postoperativ vård och utbildningsuppdraget fick därför inkludera även vård post-SA. Det var brist på det mesta i materialväg, t ex gel.



Vid KAD-sättning användes därför i stället lubrikation från kondomer. Som thoraxdrän användes V-sonder eller sugslangar och som uppsamlingskärl tomma oljedunkar, vilket vi hastigt blev varse när vi fick en akut ventilpneu-

mothorax. Vi fick använda vår fantasi för att därefter lista ut hur oljedunken skulle kunna kopplas till sug.

Därtill saknade det enda existerande laryngoskopet ljuskälla, vilket gjorde det helt oanvändbart. Resursbristen stimulerar förstas kreativitet och det är beundransvärt hur mycket man kan göra med knappa resurser. Problem kan dock snabbt uppstå när saker inte går som det brukar och läget blir akut. Detta och problemet med Ketaminnarkos för höggravida blev vi varse en kväll när vi plötsligt blev kallade till operation. En höggravid 16-årig flicka hade förlöst akut i Ketaminnarkos och plötsligt desaturerat. Hon avled senare på operationsbordet av vad vi misstänkte kunde ha varit aspiration, lungembolism

eller möjligen amnionvätske-embolisering. Ingen möjlighet till CPAP, NIV eller respiratorvård fanns. Vad som däremot fanns, var en beundransvärd, väl utvecklad, ärlig, respektfull, och transparent kultur att diskutera problem och brister. Man agerade snabbt när något gått snett och ventilerade konstruktivt problem, åtgärder och förbättringsförslag i stor grupp på morgonmötena. Ett gott ledarskap är gratis och det fanns det många fina förebilder och exempel på i Mpongwe.

Det var överraskande få traumafall. Misshandel, trafikolyckor, kniv- och skottskador var ovanligt. Orsaken skulle vara intressant att studera närmare. Kan det vara kopplat till den låga alkoholkonsumtionen vi noterade i Mpongwe? Vad som däremot var relativt vanligt och ett stort problem i hela Zambia- förutom malaria – var Paraquat förgiftningar. Paraquat är ett ogräsmedel förbjudet i EU, men lätt tillgängligt i delar av Afrika. Det missbrukas av ungdomar i mer eller mindre seriösa suicidförsök och leder i värsta fall till döden genom kvävning. Motgift saknas.

En annan observation vi gjorde, var hur få postoperativa infektioner vi såg, trots den 37-gradiga värmen och den förhållandevis "osterila" miljön. Även detta vore intressant att studera närmare.

Till vår stora glädje hade flera lokala kollegor börjat lägga SA utan vår närvaro när vi lämnade Mpongwe. Vi har stora förhoppningar om att denna kunskap nu skall användas, utvecklas och spridas vidare till flera.



Maria Wikström, kirurg



Save the date

Inspirations- och fortbildningsdagarna liksom Skandinaviska Läkarbankens årsmöte kommer att hållas helgen den **20-21 april 2024** på Ädelfors Folkhögskola i Holsbybrunn.

Lägg datumet på minnet redan nu! Mer information kommer framöver.



Utmanande med många förlossningar

Jag har alltid vetat att jag ville bli barnmorska och drömt om att få åka till Afrika och jobba. Jag jobbade länge som sjuksköterska innan jag tog steget att läsa vidare till barnmorska. Nu har jag jobbat drygt 10 år på en förlossningsklinik och fick genom en jobbarkompis kontakt med Skandinaviska Läkarbanken.

I början av förra året fick jag möjlighet att åka till Mutomo i Kenya. När jag kom hem därifrån tänkte jag att det nog inte skulle bli fler uppdrag. Jag tyckte att det var jobbigt att se fattigdom, nöd och brist på resurser. Jag hade lite svårt att hitta min uppgift som barnmorska då det var mest kejsarsnitt på Mutomo. Det var dock väldigt lärorikt och jag fick många nya erfarenheter.

Under fortbildningsdagarna i Holsbybrunn pratades det om Mpongwe Mission Hospital i Zambia. Det är samma sjukhus som min församling, Saronförsamlingen i Marås, stöttar via insamlingskanalen Ge för livet. Tanken föddes om att åka dit. Så blev det och nu har jag varit där tillsammans med barnläkare Katarina Wedin.

Mpongwe är en ort på landsbygden som har växt mycket de senaste åren. Mpongwe Mission Hospital var tänkt att serva ca 5000 invånare men befolkningen har ökat till ca 160 000. Det innebär att varken lokaler eller personal är tillräckliga för behoven.

Jag tillbringade mesta tiden på förlossningsavdelningen. Den bestod av två rum för gravida som inte var i aktiv förlossning. Där låg också sjuka gravida med infektioner som malaria, syfilis, gravida med preeklampsi samt återinlagda mammor med bebisar som hade infektioner och behövde antibiotikabehandling. Ett förlossningsrum med fyra britsar. Två BB rum, ett för kejsarsnittade mammor och ett för normalförlösta mammor. Det fanns också ett rum för Kangaroo Mother Care med extra värmeelement

och det var tänkt att mamman skulle ha sitt för tidigt födda barn hud mot hud. Om det var fullt i något av rummen fanns extra madrasser som lades ut på golvet. Det var stort tryck på förlossningsavdelningen, ca 3000 förlossningar 2023 vilket är fler än året innan.

På denna stora förlossningsavdelning jobbade 1-2 barnmorskor per pass. De skulle då ha ansvar för alla dessa patienter vilket i praktiken var en omöjlighet. Förlossningspatienterna prioriterades såklart, de som blev minst prioriterade blev de nyfödda. Det var många prematura förlossningar, dels beroende på sjukdomar som syfilis och malaria, dels på grund av örter som de gravida tog för att själva starta sin förlossning. Detta var ett stort problem då det inte fanns kapacitet att ta hand om prematura bebisar på sjukhuset. Det var också ett problem att skicka barnen till ett större sjukhus då ambulansen skulle vara full innan det gick en transport. Nyfödda hade helt klart inte så stor prioritet. Jag har aldrig jobbat med prematura barn så där blev samarbetet med Katarina som är van vid dessa pytte-små barn, väldigt bra. Hon undersökte, rekommenderade hur de skulle tillmatas och hon gjorde till och med en egen CPAP med hjälp av en plastflaska och syrgasslang. Många av de prematura barnen dog eftersom det inte fanns resurser att ta hand om dem. Mitt jobb blev att kontrollera daglig vikt och följa ordinationer med tillmatningar. När jag inte var på sjukhuset fick de nog inte mycket om inte mamman själv såg till att de blev matade. Stimulera mjölkproduktionen och hjälpa mammorna med handmjölkning var också en uppgift som jag gjorde stor del av min tid. Det fanns ingen mjölkersättning utan det var mammans mjölk som användes eller glukos.

När en kvinna bedömdes vara i aktiv förlossning fick hon komma in på förlossningsrummet. Där fanns fyra britsar. Barnmorskorna följde förlossningen med partogram, och lyssnade på fosterljud en gång i halvtimmen. När barnet föddes var de snabba att avnavla, väga, mäta och klä på barnet, lager av kläder och sist en enormt tjock filt. Sedan



fick barnet ligga på ett bord medan mamman blev klar. Det var inte vanligt med vare sig klipp eller stora bristningar, kanske på grund av att det var så små bebisar. Direkt efter förlossningen fick mamman stiga upp, tvätta sig om händerna och bröstet innan vitala parametrar kontrollerades. Sedan fick hon och bebisen komma in till BB-rummet där hon fick börja amma. Jag fick bidra genom att visa att man inte behövde ha så bråttom med att avnavla och flytta barnet från mamman.

Alla mammor ammade sina barn. De som fick sitt första barn, oftast unga tonåringar, fick inte alltid den hjälp de behövde.

På BB-rummet fick de stanna minst 6 timmar. Innan utskrivning hade barnmorskan ett utskrivningssamtal med information om amning, hygien, vaccinationer och preventivmedel.



Det var många studenter på avdelningen, både sjuksköterskestudenter och barnmorskestudenter. De var intresserade och ville gärna lära sig och vi tränade på att handha normala förlossningar, bland annat hur man riskbedömer och förebygger komplikationer.

Katarina höll utbildning i Neo-HLR i olika omgångar. Det var både teoretisk och praktisk träning vilket var uppskattat av all personal.

Jag hade förmånen att få följa med på en Outreach, en slags mobil mödra- och barnhälsovård. Vaccin, sprutor, nålar, preventivmedel, våg och olika dokumentations-

underlag packades ned. Sedan väntan på chauffören i två timmar innan det bar i väg. Med på resan var en sjuksköterska (som var tränad som barnmorska), en dietist och åtta sjuksköterskestudenter. Studenterna fick åka på flaket av pick-upen. Första timmen var vägen relativt bra men sedan blev den sämre och sämre tills bara i stort sett två hjulspår återstod.

Ett 50-tal kvinnor med barn hade tagit sig till byn dit vi skulle. Mottagningen skedde under mangoträdens sköna skugga. Här organiserades vägning och vaccinering av barnen. P-spruta erbjöds till de kvinnor som önskade det. Mödravårdskontroller gjordes: blodtryck, lyssna på fosterljud och mätning av magen. Mätningen gjordes med hjälp av hur många fingrar ovan naveln fundus befinner sig, utifrån detta bedömdes vilken gestationsvecka kvinnan var i. Efter alla dessa kontroller bjöds det på kycklinggröta och Nshima – majsgröt. När vi var klara fortsatte resan till ytterligare en by där allt gjordes på samma sätt. Tänk vad bra att dessa kvinnor och barn fick denna service, de hade så långt till sjukhuset!

Att sammanfatta upplevelserna jag varit med om känns nästan omöjligt. Det var svårt att vara med om att barn inte klarar sig och att se sjukdomar som vi inte är vana vid som syfilis och malaria. Det var en stor vinst att vara två utsända samtidigt. Att förstå sammanhanget är inte alltid lätt, kultur, politik och ekonomi styr många beslut. Jag är så tacksam för att jag fick möjligheten att åka tillsammans med Katarina som har så mycket erfarenhet! Det finns mycket att jobba vidare med i Mpongwe men jag är så imponerad över vad de åstadkommer med så lite resurser.

Ulrika Kvarnvik,
barnmorska



Stort tack för året som gått!

Tack till er som varit ute på uppdrag under året och bidragit till förbättrad hälso- och sjukvård vid våra samarbetsjukhus. Tack alla medlemmar i föreningen och tack till styrelsen för gott arbete.

Skandinaviska Läkarbanken önskar er alla

en riktigt God och Fridfull Julhelg och ett Välsignat Nytt År!

