

## *Præsentation*

### **Caroline Pehrson**

Jeg er 32 år gammel og blev læge for fem år siden. Jeg bor i København og er ved at uddanne mig til fødselslæge. Jeg har altid været interesseret i international sundhed, og især i kvinders sundhed. Da jeg fik mulighed for at blive ansat som frivillig læge på et projekt om malaria hos gravide kvinder i Tanzania tøvede jeg ikke med at tage af sted. Jeg ville få mulighed for at arbejde med gravide kvinder og deres nyfødte i Afrika, noget jeg længe havde ønsket.

Min rolle var egentlig at tage mig af de kvinder der indgik i vores projekt, og som blev syge i løbet af graviditeten eller som havde en svær fødsel. Vi befandt os på et distriktshospital i en mindre by hvor jeg arbejdede på hospitalets mødreafdeling. Ud over at tage mig af de kvinder der indgik i projektet, opdagede jeg dog hurtigt at jeg måtte tage mig af alle kvinder på afdelingen, da der ikke fandtes en læge på hospitalet. Som læge i Afrika kan man hurtigt komme til at gøre en forskel fordi der mange steder mangler selv de mest basale sundhedsydelser. Hvis man har mulighed for noget så simpelt som at give antibiotika ved en infektion, kan man redde mange liv. Men selv om det er en god følelse at være med til at hjælpe en kvinde eller hendes barn ved livstruende tilstande, så ændrer det ikke i sig selv noget på lang sigt.

Ved at være udstationeret på et forskningsprojekt igennem et år havde jeg mulighed for at arbejde med de samme sygeplejersker og jordemødre hver dag. Vi kunne derfor lære af hinanden, og vi arbejdede på at organisere afdelingen for at kunne give patienterne bedre behandling. Projektet tilførte desuden nyt udstyr til hospitalet og ved at bruge det sammen i det daglige arbejde, lærte personalet at håndtere ny teknologi og nye behandlinger.

Ud over det daglige arbejde med patienterne var jeg med til at starte et forskningsprojekt om malaria og svangerskabsforgiftning. De to sygdomme er skyld i

mange dødsfald blandt gravide kvinder i Afrika. Ved at lære mere om sygdommene vil vi måske blive bedre til at opdage og behandle dem, og måske vil vi kunne undgå at de opstår. For mig føles det meningsfuldt at deltage i forskning netop fordi man har mulighed for at hjælpe lokalbefolkningen her og nu, men også fordi vi gør en forskel langt ud i fremtiden ved at finde ny viden om diagnostik og behandling af svære sygdomme.

### ***Dagsbogsblade fra Caroline Pehrson***

#### **Hjertesvigt og vand i lungerne**

Da jeg træder ind i afdelingen og kigger hen over alle sengene, får jeg øje på en kvinde som tydeligvis er meget syg. Jeg kan genkende hende fra aftenen før hvor hun blev indlagt fra ambulatoriet lige som jeg forlod afdelingen. Jeg får fat i journalen og går over og kigger til hende. Hun har svær blodmangel hvilket har ledt til hjertesvigt. Mange gravide kvinder har malaria, og selv om infektionen ikke nødvendigvis giver dem feber kan de få meget svær blodmangel. Mange kvinder har desuden hageorm, en lille orm som hæfter sig fast i tarmen og suger blod. Ved svær blodmangel skal hjertet pumpe hurtigt og kraftigt for at kunne levere nok ilt til kroppens organer, og når hjertemusklens ikke længere kan følge med får man hjertesvigt.

Maria er 23 år gammel og fødte sit første barn et par uger før hun blev indlagt. I tre måneder før fødslen havde hun problemer med kraftigt hævede ben og åndenød – symptomer på hjertesvigt. Selv om hun fik blodtransfusion aftenen før er hendes tilstand forværret, og nu har hun så meget vand i sine lunger at hun næsten ikke kan trække vejret. Takket være projektet har vi en iltkoncentrator i afdelingen, men vi bliver nødt til at få rykket Maria ind på føderummet hvor der er en stikkontakt der virker. Jeg sørger for at hun sidder på en fødebriks, med ryggen mod væggen for at vandet skal løbe ned i benene i stedet for at samles i lungerne, og giver hende ilt for at hjælpe hende med at trække vejret. Jeg beder om at få tre slags medicin, vanddrivende for at nyrerne skal udskille noget af al den væske hun har ophobet, nitroglycerin for at få hendes blodkar til at slappe af så at væsken ikke løber ud i vævet, og morfin som virker beroligende når man ikke kan få vejret. Vi har kun den vanddrivende medicin, de andre to er man løbet tør for på hospitalet. Vi lægger drop og blærekateter og giver

vanddrivende medicin gang på gang samtidigt med at vi kan se, hvordan hun begynder at udskille store mængder urin.

Jeg er bange, for jeg ved at det er et kapløb med tiden. Hvis ikke vi hurtigt kan hjælpe Maria med at komme af med den væske hun har i lungerne, kommer hun til at drukne. Hun bruger al sin energi på at trække vejret så hurtigt som muligt for at ilte sit blod. Hun er ved at blive træt, hun orker ikke at sidde op og vil helst sove. Til sidst finder vi en anden stikkontakt der virker, så vi kan få iltkoncentratoren over til en seng. Sammen med sygeplejerskerne får jeg flyttet Maria over i sengen hvor hun kan sidde mere behageligt med rejst hovedgærde. Det hjælper, hun bliver roligere og trækker vejret bedre i takt med at nyrerne udskiller mere væske. Krisen er ovre for denne gang. Jeg står ved siden af hende det meste af dagen, giver vanddrivende medicin, taler med hende for at holde hende vågen, og holder hendes hånd når hun bliver angst af kvælningsfølelsen.

Sygeplejerskerne finder hendes mand, og efter at jeg har fortalt ham hvor alvorlig tilstanden er, kommer han ind i afdelingen for at sidde ved hendes side i et stykke tid. Først senere går det op for mig at mandlige familiemedlemmer slet ikke må komme ind i afdelingen, hvor syge kvinder ligger på række uden nogen form for afskærmning. De andre kvinder i afdelingen må klare sig selv den dag, vi når ikke andet end at tage os af Maria. Der er ingen der klager. Kvinderne ligger i ét stort rum, og alle kan se at det er alvorligt.

## **Unge mødre**

I den næste seng ligger en 15-årig pige som har født i løbet af natten. Barnet ser ud til at have det godt, men er meget, meget lille. Vi ved ikke eksakt hvor langt henne i graviditeten hun var, men jeg tror at barnets lave fødselsvægt er en kombination af at barnet ikke er vokset godt nok i livmoderen og at fødslen gik i gang for tidligt. Pigen kommer fra en fjern landsby, har ikke gået i skole og er ikke gift. Hun har ikke haft adgang til svangreomsorg og har derfor ikke fået jerntabletter eller behandling for malaria som alle gravide bør få. Malariaparasitterne ophobes i moderkagen og medfører at barnet ikke får ilt og ernæring nok til at vokse med normal hastighed. Mange gravide med malaria føder desuden før tid. Den lave fødselsvægt gør barnet ekstra følsomt, og vi taler længe med pigen for at sikre os at hun har forstået at det er

vigtigt at hun ammer hyppigt og bærer barnet tæt ind til kroppen for at holde det varmt.

Alle nyfødte børn i Tanzania står over for et væld af farer i form af bakterier og parasitter. Børn med lav fødselsvægt er ekstra følsomme, og det kræver at deres mor er meget opmærksom på at beskytte dem og sørge for at de får nok mad til at tage på i vægt. Det er et dårligt udgangspunkt med en ung mor helt uden skolegang, men jeg håber at der findes nogle kvindelige familiemedlemmer der kan hjælpe hende.

### **Det er bedre at forebygge**

Det er aften, og jeg er ved at sige farvel til sygeplejerskerne da en kvinde kommer ind i afdelingen. Jeg genkender hende, hun er gravid med tvillinger og blev udskrevet for et par dage siden. Ved den første indlæggelse kom hun fordi hun troede, at hun snart ville gå i fødsel. Hendes mave var stor, men da jeg mærkede på den opdagede jeg, at hun ikke var så langt henne i graviditeten, maven var stor fordi der var tvillinger. Ved tvillingefødsler er det vigtigt at vide hvordan børnene ligger i livmoderen for at kunne undgå fødselskomplikationer. Vi havde derfor sendt hende over til Christentze og Lydia for at få en scanning, og vi fik at vide at det første barn lå forkert og at tvillingerne vejede omkring 1 kg.

Da kvinden fik at vide at hun ikke var så langt henne, bad hun om at blive udskrevet. Vi vurderede at hun var rask, og der var derfor ikke grund til at beholde hende på hospitalet. Jeg forklarede at det var meget vigtigt at hun kom tilbage umiddelbart hvis hun fik veer, da det første barn lå forkert i maven og at vi derfor ville anbefale at lave et kejsersnit for at undgå komplikationer.

Jeg var overrasket over at se hende komme tilbage så hurtigt, og endnu mere overrasket over at hun så ud til at have det skidt. Hun var bleg, træt og havde åndenød – tegn på blodmangel. Vi målte hendes blodprocent som meget rigtigt var lav. Vi havde ikke haft mistanke om blodmangel under indlæggelsen, men vi havde heller ikke mulighed for at måle blodprocenten på alle kvinder.

Hospitalet har et laboratorium, men ofte kunne de ikke udføre analyser fordi der manglede udstyr. I afdelingen havde vi en lille blodprocentmåler som vi brugte til de kvinder, der indgik i malariaprojektet, da blodmangel var en af de faktorer vi ville undersøge. For også at kunne hjælpe de kvinder der ikke indgik i projektet, havde vi købt ekstra udstyr så at vi kunne måle blodprocenten i akutte tilfælde. Hos alle

indlagte vurderede vi om de havde blodmangel ved at kigge på farven på huden og slimhinderne i øjnene og munden. Det er ikke en særlig sikker metode, men hvis kvinden ikke havde symptomer på blodmangel var det det, vi måtte nøjes med. I akutte situationer hvor en kvinde blødte efter fødslen, eller som nu hvor en kvinde kom med symptomer på svær blodmangel, brugte jeg projektets måler.

Da kvindens symptomer var pludseligt opstået, undersøgte jeg for tegn på en akut blødning. Hos nogle kvinder løsner moderkagen sig hvilket kan medføre en stor blødning inde i livmoderen. Det var der ikke tegn til. Måske havde hun hele tiden haft lav blodprocent, men ikke mærket til det tidligere? Vi tog blodprøver fra for at undersøge for infektion med malaria og hageorm, to hyppige årsager til blodmangel. Selv om jeg ikke kendte årsagen til hendes problem, var det vigtigste at hjælpe hende nu, og vi fandt et familiemedlem som kunne donere blod til en blodtransfusion.

Næste morgen havde hun det bedre, men klagede over kløende udslæt. Hun havde fået en mild allergisk reaktion med nældefeber. Måske havde hun antistoffer mod proteiner i donorblodet som hendes immunsystem reagerede på. Vi gav hende en indsprøjtning med binyrebarkhormon og en tablet antihistamin for at dæmpe immunsystemets reaktion, og kort efter forsvandt kløen. Sent om aftenen blev hun urolig og klagede over at hun følte sig skidt. Sygeplejerskerne forsøgte at berolige hende, men da hun pludseligt faldt om tilkaldte de hospitalets vagthavende. Hun havde meget lavt blodtryk, og selv om man forsøgte at få blodtrykket op ved at give hende drop så fik hun hjertestop og døde.

Vi ved ikke sikkert hvad hun fejlede, men jeg tror at hun fik en svær allergisk reaktion mod blodtransfusionen. Det er en sjælden komplikation, men det er svært at undgå i fattige lande. – I Danmark kunne man måske have undgået den, eller i det mindste behandlet den fordi der altid er læger til stede og man har den rigtige medicin og udstyr. – I stedet må man forsøge at undgå at blodmanglen opstår. I mange tilfælde vil årsagen være malaria som man ved giver blodmangel hos gravide kvinder. Alle gravide får jerntabletter og to malariakure i løbet af graviditeten, men alligevel er der mange der bærer på infektionen. Det bedste ville være hvis de slet ikke blev smittet. Selv om vi indsamlede information om mange problemstillinger i malariaprojektet, er det overordnede mål at finde en vaccine mod graviditetsrelateret malaria. Hvis det lykkes, kan piger i malariaområder få vaccinen, og når de bliver gravide første gang vil de allerede være immune. Det vil sandsynligvis lede til at færre gravide kvinder får

blodmangel – og dermed vil færre kvinder få brug for blodtransfusion og blive udsat for risikoen for alvorlige komplikationer.

### **Infektioner hos nyfødte**

Da jeg kommer ind ad døren, begynder alle kvinder at tale i munden på hinanden og pege på en af sengene. Jeg forstår ikke hvad de siger på swahili, men det er tydeligt at de vil have at vi skal se til kvinden i sengen. Det overrasker mig, kvinderne plejer ikke at blande sig i hinandens problemer, og jeg får en underlig fornemmelse i maven. Jeg går over til kvinden de peger på, og kan ikke se noget usædvanligt. Så får jeg øje på et nyfødt barn i sengen, pakket ind i en kanga. Kun ansigtet er synligt, og jeg mærker på barnets kind for at føle om det har feber. Jeg åbner kangaen for at se hvordan barnet ser ud og hvordan det reagerer. Idet jeg fjerner stoffet helt, høres et kor af klagende lyde fra kvinderne som vender øjnene væk i forfærdelse. Jeg har aldrig set noget så grusomt. Den lille dreng har fået en frygtelig infektion i navlestumpen, og den har spredt sig i huden fra lårene op til brystet, rundt på hele kroppen. Huden er ildrød og hævet. Det må være meget smertefuldt.

Barnets mor er en meget ung pige som har født hjemme i landsbyen. Mange kvinder føder i hjemmet, måske fordi det synes at det er unødvendig at komme på hospitalet eller fordi de ikke har penge til bussen. Mange af vores kvinder bor langt væk fra hospitalet, og nogle kommer fra landsbyer oppe i bjergene hvor det er svært at finde transport, især i regntiden hvor grusvejene forvandles til mudder. Ikke overraskende er det ofte kvinderne fra de fjerneste landsbyer som aldrig haft mulighed for at komme i skole eller på hospitalet, som kommer ind med nogle af de værste komplikationer.

En af de hyppige komplikationer ved hjemmefødsler er infektioner hos mor og barn. Måske bliver navlesnoren skåret over med en uren kniv, og bakterierne har direkte adgang til barnet via blodkarrene i navlen. Tidligere var det hyppigt at de nyfødte fik stivkrampe, men nu kan man undgå det ved at vaccinere moren. Kvindens immunforsvar danner antistoffer mod stivkrampe som passerer over moderkagen til barnets blod, og barnet fødes derfor med beskyttelse mod stivkrampe. Men der findes mange andre infektioner som barnet selv skal beskytte sig imod. Dette barn har ikke kunnet forsvare sig mod bakterierne som er kommet ind via navlen, og infektionen er løbet løbsk. Vi skynder os at starte behandling med flere slags antibiotika og flytter

mor og barn til den seng der er tættest på sygeplejerskernes bord så de kan holde øje med dem. Det er meget vigtigt at han får medicin, så vi taler længe med den unge kvinde for at hun skal forstå, at hun skal blive på hospitalet. Barnet skal have medicin hvis han skal have en chance for at blive rask.

Næste morgen er kvinden forsvundet fra afdelingen med barnet. Måske følte hun at vi gav hende skylden for barnets sygdom, eller måske troede hun ikke på behandlingen. Måske er hun taget hjem til landsbyen for at få en heksedoktor til at helbrede barnet.

## **Diabetes**

Jeg gik ind i klinikken og krydsede igennem mængden af ventende kvinder og børn. Jeg bankede på døren ind til projektets klinik og hilste på kvinderne der sad og ventede. Jeg fik øje på Fatuma som var kommet til kontrol. Hun havde sit barn med, en lille tyk dreng. Jeg var glad for at se at de havde det godt, jeg havde haft ondt i maven af nervøsitet i flere uger op til hendes fødsel. Hun havde fået sukkersyge i graviditeten, noget vi opdagede fordi vi undersøgte alle kvinders urin. Vi startede behandling med insulin, og jeg planlagde fødslen nøje. Det er svært at styre blodsukkeret under fødslen, og både mor og barn risikerer at få livstruende lavt blodsukker. I Danmark er behandlingen af sukkersyge hos gravide koncentreret på nogle få højt specialiserede afdelinger, og her stod jeg på et lille distriktshospital i Tanzania hvor jeg ikke engang havde mulighed for at måle et blodsukker! Det endte med at vi måtte lave et kejsersnit. Barnet var blevet stort på grund af det høje blodsukker og kunne ikke fødes på normal vis. Det var en lang nat hvor jeg kæmpede sammen med sygeplejerskerne for at holde øje med mor og barn. Hvis ikke Fatuma havde deltaget i projektet havde vi nok ikke opdaget hendes sygdom, og måske havde hun ikke overlevet.

## **Store fremskridt**

Jeg skyndte mig over i mødreafdelingen for at gå stuegang. Efter at have hilst på sygeplejerskerne kastede jeg et blik ind på fødestuen og gik en hurtig runde til de mest alvorligt syge kvinder for at se om der var nogle akutte problemstillinger, jeg skulle tage mig af før vi startede stuegangen. Jeg kiggede hurtigt til et par kvinder med svær svangerskabsforgiftning, tjekkede at sygeplejerskerne havde målt deres blodtryk og at de havde fået deres medicin. Der var også et par for tidligt fødte børn,

og jeg spurgte mødrene på simpel swahili om børnene spiste og huskede dem på at holde børnene tæt ind til kroppen, hud mod hud, for at hjælpe dem med at holde varmen. Imens forberedte Sister Beatrice stuegangen. Hun fandt journaler frem på samtlige patienter, medicinlister og receptblok. Afdelingen så fredelig ud, og vi kunne starte.

I den tid jeg havde været på hospitalet, var mødreafdelingen gået fra at være kaotisk til rimeligt velfungerende. Nu havde vi journaler på alle patienter, vi gik stuegang hver dag, og kvinderne fik den medicin der blev ordineret. Sygeplejerskerne blev dygtigere til at overvåge patienterne, og de reagerede når noget ikke var som det skulle. Vi lærte af hinanden. Jeg lærte at stille diagnoser uden alle de fine undersøgelser vi har i Danmark, og sygeplejerskerne lærte at man kan komme langt bare ved at måle blodtrykket, pulsen, vejrtrækningen og hvor meget urin en patient udskiller. Sammen tog vi os af svært syge kvinder med livstruende blødninger, infektioner eller svangerskabsforgiftning, der burde have været på en intensivafdeling med mulighed for avancerede undersøgelser og behandling. Det var svært, og det gik ikke altid godt. Men så var der også tilfælde hvor en kvinde vågnede op efter mange dage med livstruende svangerskabsforgiftning og kramper, takkede for god behandling og gik hjem med sit barn i en slynge på brystet. Så var det det hele værd. Jeg blev glad og stolt når sygeplejerskerne formåede at give en kvinde livsvigtig medicin hver fjerde time til trods for at én sygeplejerske skulle passe 30-40 patienter alene i løbet af natten, at vi hyppigt løb tør for medicin og at der tit opstod forvirring omkring klokkeslet når nogle sygeplejersker brugte swahilitid og andre vestlig tid. Der var rigeligt med udfordringer. Jeg rejste til Tanzania for at arbejde på et forskningsprojekt, og min primære opgave var at tage mig af de kvinder der deltog i projektet. I virkeligheden kom kvinderne i projektet til at være en lille del af min arbejdsdag fordi der var så mange kvinder, der havde brug for lægehjælp. Takket være projektet fik de også adgang til lægehjælp, og hospitalet fik tilført ekstra udstyr og ekstra personale. Kvinderne i projektet fik taget en række blodprøver som blev analyseret i forskningslaboratoriet, men vi havde også mulighed for indimellem at få udført blodprøver på svært syge hospitalspatienter for at kunne stille en diagnose og give den rigtige behandling. Selv om vores budget selvfølgelig var begrænset, var der aldrig nogen der tøvede med at hjælpe hvis der var en alvorligt syg kvinde, selv om hun ikke indgik i projektet. Det var vigtigt for mig som læge ikke udelukkende at



fokusere på forskning som måske kommer til at hjælpe mange mennesker på lang sigt, men også at bruge vores viden og vores ressourcer til at hjælpe patienterne her og nu. Når man er i et område med få ressourcer og mangel på uddannet personale, skal der mange gange ikke så meget til for at gøre en forskel. Med simpelt udstyr kan man udrette meget og gøre en stor forskel i menneskers liv. Det er dejligt at kunne hjælpe. I Danmark gør man selvfølgelig også en forskel, men man kan altid erstattes af en anden og derfor føles det ikke så afgørende. Men det er også hårdt at stå alene med ansvaret. Det kan være svært at gå hjem om aftenen eller at tage på weekendtur, når man ved at man forlader en afdeling fyldt med kvinder, der risikerer at der går noget galt, når de føder. Der var også tilfælde hvor jeg følte at jeg bare stod og kiggede på et døende barn uden at kunne gribe ind, fordi vi manglede medicin eller udstyr. Det er svært at være så magtesløs, og indimellem måtte jeg forlade afdelingen fordi jeg ikke kunne holde ud at se en nyfødt kæmpe mod døden. Men de pårørende vidste at vi gjorde vores bedste. De kunne se at vi kæmpede for at give den rigtige behandling, og de værdsatte vores anstrengelser selv om det ikke altid endte lykkeligt.