



Väntande maasajkvinnor med barn utanför mottagningen.

Jeepläkare i Rotarys läkarbank i Kenya

Rotarys Läkarbank kom till 1988 på initiativ av journalisten på Kvällsposten i Malmö Lars Braw, som tillsammans med fotografen Bertil Rubin gjorde reportage i Afrika och då insåg vilket stort behov av läkarhjälp som fanns där. Man började med att läkare sändes ut till missions-sjukhus.

Den första idén till jeepläkare kom 1993 och året därpå drog den första linjen igång i form av en stafett med sex veckors arbete för nio läkare om året. Mottot blev: "We work where there is no doctor". Syftet var först att med jeep komma ut till avlägsna byar med personal, utrustning och läkemedel för att bedriva en allmänläkarmottagning ("General Practice").

Jeepen donerades med medel ur Märten Werners fond och Jarl Magnusson, Sunne, var först ut som jeepläkare i Maseno. Det blev en succé och en film med titeln "Jeepdoktorn kommer" gjordes av Bertil Falk. Behovet av fler jeep-linjer kändes stort

och senare tillkom nya jeepstafetter. Nu finns sex linjer, i Siaya, Homa Bay (två linjer i varje område), Nandi Hills och Mashuru. Läkarna arbetar i en stafett med sexveckorsperioder.

Skandinaviska Läkarbanken har samarbete med Erikshjälpen och på så sätt sponsras läkare på sjukhus utanför Kenya, huvudsakligen i Östafrika. Upplägget är detsamma med stafettjänstgöring, det händer att läkare förlänger sin vistelse på sjukhusen. Tandläkare sänds också ut på samma premisser.

Arbete utförs på volontär basis. Flygresan, dagtraktamenten och försäkring betalas av Rotarys Läkarbank. All administration med läkarrekrytering, schemaläggning och kontakt med mottagarländerna sker från ett kansli i Malmö där en huvudkoordinator och sekreterare arbetar under hela veckan. I Kenya finns koordinator i Nairobi och en subkoordinator i västra Kenya.

Finansiering sker till stor del av medlemmar i Sveriges Rotaryklubbar. Läkarbanken har status av multidistriktprojekt inom Rotary International. Andra organisationer

som Världens Barn, Radiohjälp, Inner Wheel m.fl. bidrar också. Även privatpersoner utanför Rotary ger stora donationer.

Administrationskostnaderna är mycket låga. De insamlade medlen går i övrigt direkt in i verksamheten utan omvägar och korrup-tion. En styrelse på åtta personer med medlemskap i Rotary Sverige leder verksamheten i tätt samarbete med koordinatören. Sex av de nuvarande styrelsemedlemmarna är läkare. De till styrelsen valda är godkända av ett råd bestående av Rotarys tio distriktsguvernörer i Sverige. Hälften av styrelsen väljs årligen, varje ledamot för två år.

Vad innebär det dagliga arbetet?

Morgnarna kan bli tidiga, det beror mycket på hur lång tid det tar att köra till klinikerna. Vi räknar inte i avstånd utan i tid. Också en kort väg kan ta lång tid främst beroende på vägnarnas beskaffenhet. Stora hål i vägbanan på asfaltvägar, s.k. "pot holes", djupa fåror uppkomna efter häftig nederbörd med erosion och sliriga sandvägar är inget ovanligt.

Vid torra stör det upprörda dammet sikten. Djur, både tama och vilda, får man se upp för. På huvudleder är trafiken intensiv med tunga last- och tankbilar, snabbkörande bussar och överlastade ”matatu” – en minibus för persontrafik. Många gående och cyklande personer och djurflockar tar upp vägens kanter och stor hänsyn måste visas dem.

Väl framme efter 1–2 timmars körning – till många jeepläkares lättnad med hjälp av medföljande inhemska chaufförer – står den lokala Hälsokommitténs (HK) medlemmar vid platsen för mottagningen och hälsar välkommen, hjälper till med avlastning av material som vi har lastat jeepen med på morgonen. Det är läkemedel, förbandsmaterial, vacciner m.m. som inte finns på kliniken. Ibland behöver vi också ha stolar, bord och brits med. Redan när vi är framme finns många väntande patienter, det är alltid oklart hur många som kommer totalt under dagen, de droppar oftast in efter hand. Många gör undan arbetet på sin ”shamba” – odlingslotten – innan de tar sig tid att komma till mottagningen. Det är heller inget ovanligt att patienter har flera timmars väg till fots för att komma till doktorn. Cykel och skottkärra utgör andra färdmedel för att ta sig till mottagningen.

Resurserna för diagnostik är små. Det finns kits för malaria och hiv, men de är osäkra med både falskt negativa och falskt positiva resultat. Anamnes och klinisk undersökning är det viktiga. Med hjälp av sina sinnen – hörsel (stetoskop), känsel (palpation), syn (otoskop, oftalmoskop, hudbesiktning), ibland lukt – erfarenhet och sunt förnuft kommer man oftast fram till en eller flera sannolikhetsdiagnoser som underlag för behandling.

Vi har med ett stort förråd av läkemedel som genom åren har visat sig tillräckligt för nästan alla tillstånd. Ibland krävs mer ovanliga läkemedel. Injektionspreparat och infusion för akuta tillstånd etc. finns också. Från en droghandel i Nairobi (läkemedel sänds med pakettransport) och lokala apotek köper man det som behövs för det dagliga bruket och i specialfall. Patienterna betalar 40 kenyanska shillings (= ca 4 SEK), denna genomsnittskostnad innefattar konsultation och läkemedel oavsett vad och hur mycket som ordineras.

Till hjälp på mottagningen har man registrator från HK, tolk – engelska är arbetsspråket – och ofta en medföljande sjuksköterska som sköter medicinutdel-



Stora hål i vägbanan på asfaltvägar, s.k. ”pot holes”, djupa fåror uppkomna efter häftig nederbörd med erosion och sliriga sandvägar är inget ovanligt.

ning, barn- och mödravård och vaccination. Chaufförerna har efter hand lärt sig en del av det stödjande praktiska arbetet och hjälper också till. Efter registrering tar doktorn emot i ett mer eller mindre avskilt rum och patienten slussas sedan ut till medicinutdelning, förbandsläggning, hälsorådgivning m.m.

Hälsorådgivaren som utbildats via Läkarbankens regi tar hand om patienter med misstänkt eller uppenbar hiv/aids, STD eller undernäring för fortsatt utredning och information. Barn med undernäring får tillskott av livsmedel, järn och vitaminer och följs upp regelbundet.

Det händer inte så sällan att riktig dåliga patienter kräver omedelbar transport till sjukhus och då kör chauffören dit dem medan mottagningen kan fortsätta. Patienter kan också följa med till sjukhus när vi kör tillbaka efter avslutad mottagning.

Patientantalet varierar mycket beroende på ort, tid på året och klimat (luftvägsinfektioner och malaria fluktuerar). Numera kommer mestadels i snitt 35–40 patienter par dag, men toppar på 60–80 förekommer. Tidsbeställning förekommer naturligtvis inte. Börjar det bli kritiskt med tiden på eftermiddagen prioriteras barn och gravida och de som har långa avstånd från sina hem. På morgonen efter ankomsten ser man över de väntande patienterna och plockar in de svärast sjuka först. Patienterna är annars mycket noga med köordningen. Då och då

dyker det upp svårt sjuka patienter framåt dagen som får företräde.

Vilka diagnoser förekommer?

I områden söder om Sahara inkluderande Kenya dominerar malaria. Generellt sätt ses malaria hos cirka 1/3 av patienterna på jeeplinjer med toppar och dalar beroende på säsong, regnperiod eller torrhet, och region, om det är hög höjd, savann eller närhet till stora vattendrag och sjöar.

Möjlighet finns att behandla svår malaria med injektion av kinin, som oral behandling används huvudsakligen artemether (artemisininbaserat) kombination med lumefantrine.

Inälvsparasiter är vanligast hos barn och som första diagnos (baserat på besvaren man söker för) noteras den hos ca 10%, om tilläggsdiagnos inkluderas kommer man upp i ca 20%. Den behandling som mest används är mebendazol eller levamisol.

Hiv och aids svänger mycket i frekvens. Vanligast är infektionen norr och söder om Victoriasjön med närhet till storstaden Kisumu. I distrikten Nandi Hills och Mas-huru är diagnosen mindre vanlig. Skillnaden beror bl.a. på olika stamtillhörighet med viss livsstil och spridning av hälsouppläsning. En del patienter företer fullt utvecklad aids redan vid första besöket. Jeepläkarna startar inte behandling själva utan patienterna går efter diskussion med hälsorådgivaren till ►

sjukhus där uppföljning med kontinuitet kan ske. Samarbete finns också med Läkare utan gränser som på en del orter har etablerat mottagning för hiv/aids.

Luftvägsinfektioner är vanligt överlag och toppar finns under regntid med kyligare klimat. Pneumoni ses ofta. Andra vanliga infektioner är hud- och mjukdelsinfektioner, många gånger utbredda och svåra. Otitis media, ofta med perforation, och ögoninfektioner ses så gott som dagligen.

Diarré har minskat genom åren, troligen har anläggning av brunnar med tillgång på friskt vatten varit av betydelse. Antibiotika används ungefär på samma indikationer som i Sverige, framförallt vid långvarig feber, blodig avföring, högfrekvent diarré, magkramper. Också parasitär diarré övervägs efter intag av förorenat vatten och långvarig diarré och buksmärter med övre gastrointestinala besvär (giardiasis) eller blodig avföring (amöbiasis).

Genomgående brukar frekvensen infektioner ligga på ungefär 2/3 av alla diagnoser. Det finns naturligtvis många andra sjukdomstillstånd eftersom verksamheten är upplagd som allmänmottagning. Smärttillstånd, led- och ryggbesvär är vanliga, särskilt hos kvinnor med påfrestande tungt kroppsarbete och dålig insikt om ergonomi. Utpräglade kvinnoproblem från genitalia är vanliga, inte minst för att kvinnor i Kenya har dålig uppfattning om hur den egna kroppen fungerar. Det förekommer relativt ofta att graviditet uppdagas först i långt framskridet stadium, kvinnan söker för ”rumbling stomach” – körningar i buken, man är mycket inriktad på just tarmbesvär så därför är det snarare det man tror på än graviditet.

Barn med undernäring är beklämmande att se, men vanligen kan man komma till rätta med dessa tillstånd. Också utvecklingsstörningar ses många gånger till följd av försummad cerebral malaria, som också kan leda till epilepsi, eller kongenitala tillstånd som missats under tidig barndom. Brännskador förekommer hos barn eftersom man har öppna eldar inne i hyddorna, kokstenar kring eld på marken med kokkärl och fotogenlampor. Pga. av trånga hyddor är det lätt för barnen att trilla i elden eller välta den farliga utrustningen. Av hela antalet patienter är ungefär hälften under 15 år gamla.

Det finns också en hel del väldigt akuta situationer på mottagningen med känsla av ”emergency clinic”. Man ger första hjälpen och finns behov och möjlighet att skicka



Akut buk, transport till mottagningen i skottkärra.

patienten till sjukhus gör man det, annars blir det fortsatt behandling och observation på plats med transport till sjukhus på väg tillbaka, ibland förbättras dock patienterna och kan skickas till sina hem.

Hur är fritiden?

Man vill gärna avsluta mottagningen så att man är hemma före mörkrets inbrott, klockan 19–19.30 är det i regel mörkt. Ibland kan det vara svårt pga. stort patienttryck och då är det en fördel att ha en inhemsk och van chaufför. I huset där man bor har den anställda hushjälpen bäddat, städad, diskat, skött inköp och lagat mat så man slipper den tunga marktjänsten. Det blir alltid en del administrativa och praktiska göromål på kvällen, men tid finns också till avkoppling som läsning och samvaro med kollegan på andra jeeplinjen om det finns två. Om en kollega är ny och oerfaren är det utmärkt om den andre har varit ute tidigare som jeepläkare så man tillsammans kan diskutera patienter, behandling och policyfrågor på jeeplinjerna.

Under veckosluten kan man vara ute i omgivningarna, det är i regel riskfritt att ströva runt och besöka affärer, marknader, hälsa på medarbetare i deras hem, etc. Man kan också företa resor i bilen som då står till jeepläkarens förfogande för att handla andra livsmedel än de som är tillgängliga på orten eller koppla av på något turistställe.

När man är ute så här är det ett gyllene tillfälle att lära känna folk och kultur som är

helt annorlunda jämfört med egen horisont. Det är mycket berikande och gör det mer intressant att arbeta och lockande att komma tillbaka senare.

Varför arbeta i Rotarys läkarbank?

För egen del har jag varit ute tolv gånger som jeepläkare, inte alls något rekord för jeepläkare, men ändå en fantastisk och givande upplevelse. Det är stimulerande att se att man kan klara så mycket med enkla medel och att patienterna ofta är så tacksamma för att man kan hjälpa dem under dessa knappa omständigheter. Jag räknar med att man omedelbart hjälper drygt 80% av alla som kommer till mottagningen. Utbildningsvärdet är stort och eftersom jag började som jeepläkare först efter pensionen har det kliniska värdet för mitt arbete inom svensk sjukvård inte varit så stort. Dock har det varit roligt och intressant och förhoppningsvis givande för en ”trainee” från Sverige – en nyss färdig kollega eller någon i slutet av utbildningen – som man har väglett i ett mycket speciellt kliniskt arbete som numera inte finns motsvarighet till här hemma. Jag har varit mentor för fyra trainees under sex år. Det är mycket viktigt för de unga medicinerna att inse att den kliniska blicken kan tränas och att man inte är ensidigt hänvisad till laboratoriemetoder som i och för sig skulle vara av värde när man är ute i bushen hänvisad till sig själv, men som är mer eller mindre omöjliga att använda där det finns varken el eller rinnande vatten.

” Utan tvekan vill jag som sammanfattning framhålla att dessa dryga 10 år med 12 sexveckorsperioder som jeepläkare har varit en betydelsefull del av mitt liv, kanske den mest betydelsefulla och som satt djupa spår med en erfarenhet som jag inte vill vara utan.”

Det ger trygghet åt befolkningen som vet att det regelbundet kommer en doktor åtminstone en gång per vecka och att man om det inte är akut behov kan vänta till nästa mottagning. Det profylaktiska arbetet med vaccination, barna- och mödravård, familjeplanering och allmän hälsokontroll är inte att förakta, det är mycket väsentligt.

Hur har jag själv upplevt arbetet som jeepläkare?

En gång i tiden hade jag tankar på att ägna mig åt barnmedicin i tropikområden. Efter två år på barnklinik och med ett års randutbildning i infektion insprängd lockades jag till infektionsklinik igen och fastnade inom detta område för all framtid. Innan specialistutbildningen var klar sökte jag ett arbete i Tanzania inom SIDA, det gällde barnmedicin på landsbygden, på en dispensär. Annat kom i vägen men det var ändå svårt att helt släppa tanken på pediatrik i låginkomstländer. Under många år som infektionskonsult på barnklinikerna i Lund och Halmstad hölls intresset vid liv för barninfektioner och efter pensionen kom chansen att arbeta i låginkomstland.

Kolleger med erfarenhet av arbete för läkarbanken berättade med entusiasm om det under 1990-talet och en förväntan byggdes upp hos mig för att känna på jobbet. Det blev inte riktigt vad jag hade tänkt mig pga. en s.k. kulturchock vid första veckans kontakt med tidvis över 100 patienter dagligen och en påtaglig stress när man inte fick ta den tid för anamnes och sjukhistoria som man önskade. Trots panikkänslan intalade jag mig att klara av perioden på sex veckor omfattande 1682 patienter. När det var klart och jag meddelade mina medarbetare att ”nu har jag prövat på detta utan anspråk på att komma tillbaka” fick jag höra att de trivts utmärkt med mig, patienterna var tacksamma och arbetet flöt bra de sista veckorna och hoppades att jag skulle återvända. Analys och eftertanke de första veckorna efter hemkomsten ledde till att jag ville försöka en gång till och jag kom tillbaka till samma plats och medarbetare ett år senare och då gick det mycket lättare att arbeta och sedan har det rullat på under 10 år.

Utan tvekan vill jag som sammanfattning framhålla att dessa dryga 10 år med 12 sexveckorsperioder som jeepläkare har varit en betydelsefull del av mitt liv, kanske den mest betydelsefulla och som satt djupa spår med en erfarenhet som jag inte vill vara utan. En dröm har blivit uppfylld för mig och jag vill gärna uppmuntra kolleger att åka ut i sådan här verksamhet, var inte tveksamma och känn att ni gör stor nytta.

Mer information finns på www.rotarydoctors.se

SVEN ÅKE HEDSTRÖM

Specialist och docent i infektionssjukdomar
Ordförande i Rotarys Läkarbank, Sverige
sahm454@hotmail.com