

Traumakirurgi i Kapstaden

Som en av de sista placeringarna på min ST (allmänkirurgi på Södersjukhuset i Stockholm) fick jag chansen att åka till Sydafrika och göra en traumarandning. Jag reste med hela min familj, man och tre barn. Jag fick resestipendium från Stockholms läkarförening samt Arthur Engels fond vilket gjorde det möjligt för oss att genomföra resan. Här är några tankar och reflektioner från min tid på Tygerberg Hospital.

Tygerberg

Tygerberg Hospital utanför Kapstaden är ett gigantiskt "tertiary hospital" byggt under apartheid-tiden, vilket innebär att det från början fanns dubbla enheter av allt, en för vita och en för färgade och svarta. Nu står en stor del av sjukhuset tomt och allt är väldigt slitet och förfallet. Hela sjukhuset har egentligen blivit utdömt och man har räknat ut att det inte är värt att reparera det. Men eftersom det ändå inte finns pengar till att bygga nytt lappar man och lagar (ingen verkar som tur var ha kommit på idén om OPS-avtal här...). Tygerberg är ett statligt sjukhus vilket innebär att de som kommer dit är fattiga människor som inte har råd med privat sjukvård. Eftersom Sydafrika fortfarande är ett oerhört ojämlikt och segregerat land där inkomstskillnaderna är enorma innebär detta att nästan alla patienterna är färgade eller svarta. Jag tror vi hade två vita patienter under min tid på Tygerberg (båda psykpatienter med självskaдебeteende).

Tygerberg är ett universitetssjukhus där de flesta specialiteter finns representerade och den akademiska nivån är hög. Varje dag håller någon av specialisterna en tutorial inom sitt fält och det är M&M och Journal club varje vecka. Det är också hela tiden bedsideundervisning. ST-läkarna förväntas vara, och är i de allra flesta fall, extremt väl teoretiskt pålästa. De har också flera stora tentor som de måste klara under sin ST, både för att kunna börja, i mitten av ST och för att få sin specialistexamen. Alla gör sin ST-tjänst på något av de statliga universitetssjukhusen, men som specialister arbetar de flesta i den privata vården. Detta gör att det finns väldigt få specialister på Tygerberg och ST-läkarna sköter det mesta (schemaläggning, fördelning av arbetet, de flesta operationer, alla mottagningar och allt patientarbete). Traumaenheten består av en trauma-akutmottagning, ett light-IVA med 6 platser, en vårdavdelning med 32 platser samt ett antal satellitpatienter och patienter som vårdas på kirurg-IVA. På hela denna enhet finns det två specialister, "consultants", dr Liezel Taylor som är traumakirurg och chef för enheten samt dr Zamira Keyzer som är allmänkirurg. Sedan är kanske 5-6 av kirurg-ST-läkarna placerade där, och 3-4 "visiting surgeons".

Trauma på Tygerberg

Patienterna som tas emot i "Front room", dvs. traumaenhetens akutmottagning, är ofta remitterade från andra mindre sjukhus, i många fall i kåkstäderna. Front room består av en korridor med plats för sängar på ena sidan och en lång rad med väggfasta stolar på andra och sköts av "Medical officers". För många är detta ett mellansteg mellan AT och ST, men vissa verkar välja att fortsätta att jobba som medical officer resten av sin karriär.

Som de flesta känner till är Sydafrika ett extremt våldsamt land. Traumaenheten tar emot ungefär 1000 patienter i månaden, de flesta prio 1 och 2, och det är ungefär lika mycket skarpt som trubbigt våld. Folk kan också bli kvar där länge, sittande i flera dagar på stolarna om de inte är jättedåliga, liggande en vecka på en brits om de tex har hjärnskador och neurokirurgerna har rekommenderat "neuro obs". Det finns också vanligen 1-3 intuberade patienter.

Alla traumafall hamnar i front room, både penetrerande skador (skottskador och knivskador) och trubbigt våld (bilolyckor, fallolyckor, olika former av misshandel). En av de obehagligare misshandels-typerna är "community assault" som innebär att en sorts lynchmobb misshandlar någon som blivit tagen på bar gärning med stöld eller liknande i någon av kåkstäderna, eftersom man vet att polisen inte kommer eller tar för lång tid på sig. De här patienterna är ofta helt sönderslagna, de har hjärnskador, frakturer överallt och "crush-syndrome" med högt CK och myoglobin. Andra vanliga skador är lung- diafragma-, mjält-lever och och tarmskador på grund av knivhugg eller skott mot thorax eller buk, esofagus-skador på grund av knivhugg mot halsen, hjärnskador och alla former av frakturer efter misshandel och bilolyckor, samt kärlskador som avskurna a.brachialis eller sönderskjutna a.poplitea.

Från front room kan patienterna flyttas direkt till operation, till avdelningen (detta händer sällan, är patienterna stabila och inte behöver opereras akut blir de oftast utskrivna) eller till "Resus", traumakirurgernas eget "light-iva". På Resus, som sköts helt av traumakirurgerna och resus-sjuksköterskorna, finns sex sängar, de flesta patienterna är intuberade och det finns möjlighet till inotrop stöd. Som kirurg ST förväntas man alltså kunna mycket som hos oss ingår i anesthesi och intensivvård: sövning, intubation, hantera inotropa droger, sätta centrala infarter (utan ultraljud), sköta ventilatorer och liknande. Behöver patienterna en längre tids IVA-vård, dialys etc förflyttas de i mån av plats till IVA/surgical ICU, där majoriteten av de fjorton platserna upptas av traumapatienter.

Operationer

Trots att Tygerberg är så stort finns det bara två akut-salar dagtid, och jourtid bara en. Dessa salar delas då av trauma, abdominal, ob-gyn, maxfax, neurosurgery, pediatric surgery etc. Ortopederna har en egen akutsal, och det finns även en separat sal för kejsarsnitt. Detta är givetvis alldeles för lite operationsutrymme och många av de mer stabila traumapatienterna som blivit skjutna eller knivhuggna i magen och "bara" har peritonit får vänta länge, ibland flera dagar, på sina operationer. När de väl blir septiska och instabila är de tillräckligt sjuka för att de ska gå att "push in" och äntligen få operera. En patient väntade 19 dagar på att få sin avhuggna brachialartär reparerad. Efter den värsta dagen på året, 16/12 (Day of Reconciliation, en stor helgdag i Sydafrika) hade vi 14 trauma-laparatomier och 20 andra akutfall enbart på vår "push-in list" dvs de allra mest akuta fallen, motsvarande prio <6 tim. På hela akutlistan hade vi runt 40 trauma-laparatomier. Uppenbarligen dog några på grund av att de fick vänta för länge, och andra fick svåra komplikationer.

Skador på esophagus, pancreas, stora kärl eller stora leverskador opereras ofta av eller med specialister, det mesta andra förväntas man som ST-läkare klara av själv. Jag var med om att andraårs-STn som jag assisterade (dagtid en vardag) ringde på en specialist för att få lite hjälp med en splenektomi där mjälten var väldigt svärmobiliserad och blödde kraftigt. Efteråt blev han retad för detta "Is it true you called a consultant for a splenectomy?!".

Den utrustning som vi är vana vid ska finnas på en operationssal finns för det mesta här också, dock är det mesta gjort av flergångsmaterial, till exempel är alla op-dukningar och rockar av tyg. Operationssköterskorna "scrub nurses" verkar ha mycket olika kompetens: vissa är väldigt duktiga och erfarna medan andra knappt vet vad instrumenten heter. Kirurgerna hämtar patienterna till operation och hjälper ofta till att raka patienten, sätta kateter och steriltvätta. Anestesi sköts av en anestesiläkare. Generellt är det så att mycket som i Sverige är sjuksköterskeuppgifter görs av läkare här: ST-läkarna eller kandidaterna tar till exempel alla blodprover och sätter alla infarter.

Arbetsvillkor

Jourkomp är ett okänt begrepp i Sydafrika och mina kollegor här blir chockade när jag berättar hur våra arbetstider ser ut och hur "lite" vi jobbar. "But what do you do in your free time?" "You must have a lot of hobbies?" och "Oh so that's why you still look so young" är kommentarer jag får när jag berättar om nattjournsveckor med tre nätter/vecka och kvällsjourer på några timmar. Här jobbar alla hela dagen och sedan stannar någon kvar och är jour resten av dygnet. På trauma får man sedan gå hem efter ronderna (runt 10-11) dagen efter medan de som är placerade på abdominal eller vascular förväntas stanna kvar hela dagen efter sin jour och åka hem vid 17-tiden. Ofta kan man sova någon timme eller två i en soffa i fikarummet "surgical tearoom", även om dr Taylor inte tycker att man skall sova alls på jourerna utan hellre hjälpa till på akuten om man har tid över.

Reflektioner

Jag är glad för att jag fått möjligheten att arbeta i Sydafrika. Jag har träffat många fantastiska människor, både bland personalen och patienterna, och jag är väldigt imponerad av den extremt höga både teoretiska- och praktiska kompetensnivån hos läkarna. Sydafrika är ett

fascinerande land med underbar natur och väldigt vänliga och öppna människor, men det är också segregerat och rasistiskt och jag har aldrig varit så medveten om min hudfärg och mina privilegier som under den här resan. Trots att det många gånger varit fruktansvärt att se allt våld och all misär är jag tacksam att jag inte bara fått se turistsidan av Sydafrika. Jag har pratat med våra patienter och fått höra hur deras liv i kåkstäderna ser ut, jag har fått reda på vad servitriserna på de fina restaurangerna i centrum tjänar (runt 120 kr/dag plus dricks) och förstår varför det är så billigt att äta ute. Jag har läst på om apartheid innan och under resan, eftersom det är omöjligt att ens börja förstå Sydafrika utan att känna till detta fullständigt vansinniga system.

Jag har framför allt av yngre kollegor här hemma flera gånger fått kommentarer som "shit vad häftigt" när jag berättat om min randning. Men det har aldrig stått så klart för mig som nu att de skador som våld ger INTE är det minsta häftiga. Jag har fått lära mig massor, visst, men jag skulle tusen gånger hellre levt i en värld där de här unga männen fått jobba, leva och leka med sina barn istället för att bli skjutna eller knivhuggna och dö efter 3 månader på sjukhus eller på gatan, eller komma hem paraplegiska eller med stomier och bräck.

Om du skall åka - behåll din moraliska kompass! Människosynen och sättet de behandlar sina patienter i Sydafrika är annorlunda, om det beror på tidsbrist, cynism och utmattning på grund av det myckna våldet, på rasism eller på ett annorlunda vårdsystem med en mer gammaldags patient-läkarrelation vet jag inte riktigt (men jag tror kanske en kombination av dessa). Hur som helst, här är det helt normalt att köra på och öva på patienterna trots att man inte riktigt kan och utan handledning (fast ingen säger att de inte kan, alla låter väldigt självsäkra när du pratar med dem). Du kommer säkerligen bli ombedd eller erbjuden att testa att intubera en patient med immobiliserad halsrygg och svår luftväg pga blödning, gå och sätta CVK:er blint på någon avdelning, eller sköta anestesin av en patient som skall embolisera en leverblödning. Bara du kan avgöra om du har tillräckligt med kompetens. Min standardfråga till mig själv var: "Skulle jag ha gjort det här hemma?".

Åsa Edergren