
Som landsortsläkare i Afghanistans bergstrakter

LEENA KAARTINEN

Min karriär ledde mig från mitt arbete som sjukhusläkare till gräsrotsnivån på landsbygden. Det kliniska arbetet gjordes med enkla redskap, det var effektiv verksamhet med minimal byråkrati.

Mother and Child Health (MCH), dvs. primärvård för kvinnor och barn, sköts som en egen enhet på kliniker och hälsostationer.

Community Health Clinic sköter å sin sida samhällets primärvård. Ökad egenmakt för kvinnor och flickor på det praktiska planet är ett prioriterat område. Personalen till största delen kvinnor, också under talibantiden.

Utbildning på flera nivåer: sjukskötare, utbildare av byarbetare, kvinnor i byarna, hälsoupplysning för sjukhuspatienter och deras anhöriga.

Community Development Programme (CDP): ett utvecklingsprogram för samhällena som syftar till att tillsammans med befolkningen utveckla byarna i samarbete och med gemensamt ansvar. Ömsesidighet, betydelsen av byarnas eget ansvar med hälsokommittéer som redskap, också kvinnor är medlemmar.

Inledning

Jag har utfört min livsgärning främst i Afghanistan, till en del också i Etiopien. Egentligen måste jag redan under studietiden anpassa mig till ett främmande språk och en främmande kultur, eftersom jag studerade till läkare i Göttingen, där jag utexaminerades 1969. Hösten 1971 åkte jag på min första arbetskommandering till Afghanistan. Jag arbetade där för en internationell kristen organisation för

utvecklingsarbete som heter International Assistance Mission (IAM) och som har verkat i Afghanistan sedan 1966. Redan under den första arbetsperioden förlorade jag mitt hjärta till hazarfolket, som bor i bergen i mellersta Afghanistan. Den okonstlade, enkla, varma vänligheten hos denna minoritetsbefolkning, som härstammar från mongoler och turkar, fick mig att från första början känna mig hemma i Hazarland.

Sommaren 1974 tvingades vårt internationella team lämna bergen till följd av den socialistiska revolution som hade brutit ut i Afghanistan. Jag återvände till landet 1985 efter att ha specialiserat mig i pediatrik och senare i infektionssjukdomar hos barn och efter att i ett par skeden ha verkat som sjukhusläkare på landsorten i södra Etiopien i sammanlagt fyra och ett halvt år.

Afghanistan var ockuperat av Sovjetunionen från 1979. På landsorten kunde man inte garantera säkerheten för oss utläningar. Tillsammans med två amerikanska sjukskötare grundade jag en Mother And Child Health-klinik i Kabuls södra utkanter. En sådan MCH-klinik, som är en populär och nödvändig hälso- och sjukvårdsenhet i utvecklingsländerna, omfattar preventiv och

FÖRFATTAREN

ML **Leena Kaartinen** är specialist i barnsjukdomar och barninfektionssjukdomar. Hon har även avlagt Master of Public Health. Kaartinen har arbetat inom internationella organisationer; International Assistance Mission (IAM) och OXFAM i Etiopien 1976–1977 och 1979–1983 men främst i Afghanistan 1971–1973 och 1985–2007. År 2005 valdes hon till en av Time Magazines European Heroes för sina insatser i Afghanistan.

kurativ hälso- och sjukvård för kvinnor och barn: behandling av barnsjukdomar och gynekologiska problem, tandvård, mödra- och barnrådgivning, kostrådgivning och preventivmedelsrådgivning. Vår klinik utbildade också medicine studerande, unga läkare och sjukvårdsstuderande inom området MCH.

De sovjetiska trupperna drog sig ur landet i februari 1989. Jag började allt oftare vända blickarna mot bergen i väster – bortom dem ligger mitt kära Hazarland. I dessa avlägsna trakter fanns det knappast någon hälso- och sjukvård i motsats till Kabul och andra stora bosättningscentra, dit det hade börjat strömma utländska hjälparbetare. Många av dem verkade på MCH-området. Det var på modet och man fick pengar för det. Från år 1996 har jag sedan fått verka på de områden som jag blev bekant med under min första arbetsperiod, först två år "utlånad" från min egen organisation till den brittiska organisationen OXFAM, och sedan juli 1999 inom IAM:s primärvårdsprojekt i kommunen Laal 350 km väster om Kabul. Min befattningsbeskrivning har påmint om den finländska kommunalläkarens arbete i gångna tider.

Arbetet har omfattat all slags utbildning och hälsouppläsning, sjukmottagning, rådgivningsverksamhet, hembesök, hemförlossningar, behandling av förlossningskomplikationer, problem på vårdavdelningen, också operativ verksamhet som jag fick färdigheter i när jag verkade i Etiopien som kollega till norska kirurger. Som enbart pediatriker har jag verkat i Finland, när jag har skött några trevliga vikariat mellan arbetsperioderna.

Hälsoarbetet i Laal

Det var en kväll i november 2006, min sista jour på hälsocentralen i Laal. Jag stod inför pensioneringen. De senaste veckorna hade varit ansträngande, eftersom jag hade arbetat som enda kvinnliga läkare vid sidan av två afghanska manliga läkare. Alla gynekologiska svårigheter och förlossningsproblem hade alltså fallit på min lott dygnet runt, eftersom en manlig läkare i den islamska kulturen inte kan undersöka en kvinnas intima kroppsdelar, utom i nödsituationer med tillstånd av en manlig släkting till patienten. Men för all del, förr om åren hade jag nog lätt klarat av månadslånga pass som enda läkare. Men nu hade något slags psykisk trötthet börjat besvära mig, trots att jourerna i praktiken var rätt så lätta, eftersom hälsocentralens jourhavande sjukskötare efter sex år av in-

ternutbildning hade blivit mycket skickliga i sitt arbete. Också nu hade två unga kvinnor jour på kliniken. Jag var bakjour och kunde nås med radiotelefon.

Med klassisk musik i bakgrunden begrundade jag Laals hälsocentrals historia, som egentligen sträcker sig till början av 1970-talet. Då kunde jag tillsammans med den tyska diakonissan Martha grunda lerkliniken i Laal, som var en filial till sjukhuset Najak. Om det skedet berättar jag i min första bok *Lääkärina Afganistanissa* (som läkare i Afghanistan). På förslag av Hälsoministeriet hade IAM fått i uppdrag att utveckla hälso- och sjukvården i det avlägsna Hazarland med cirka två miljoner invånare. På så sätt uppstod sjukhuset i Najak i dalen Jakolang, med tillhörande sjukskötarutbildning – för män, eftersom flickornas skolgång då ännu var mycket bristfällig. Också hälsocentraler grundades inom en radie av 60–100 kilometer. En av dem var kliniken i Laal, mitt och den tyska diakonissan Marthas "barn".

Vårt internationella team tvingades sedan lämna Hazarland till följd av den socialistiska revolutionen år 1974. – Utlänningar behövs nog som experter i Kabul och andra större städer, men hälso- och sjukvården på landsorten sköter vi själva, lydde den bryska förklaringen till vår vräkning. Det fanns ingen plats i landets nya hälsoplan för de sjukskötare som vi hade utbildat, och sjukvårdspersonal kunde inte avdelas från fronten till dessa avlägsna trakter, så människorna lämnades vind för våg i revolutionens virvlar och under Sovjetunionens ockupation. Det enda bestående resultatet av vårt arbete blev några bybarnmorskor, som vi hann utbilda under vår strävan att komma ner från sjukhusnivån ut till byarna. De fortsatte sitt värdefulla arbete för att förbättra kvinnornas hälsotillstånd under graviditet och förlossning.

Efter att kliniken i Laal hade upphört, blev Ewaz, som vi hade utbildat och som inte kunde läsa, Laals "doktor". Befolkningen litade mera på henne än på den manliga sjukskötaren som staten skickade. Inte för att inte arbetet räckte till för båda. Ewaz hade lärt sig att sköta sår, brännskador och vanliga infektioner. Hon visste en del om mediciner, som trots allt fanns att tillgå i apoteket i basaren. När vi inledde IAM:s MCH-program i juli 1999, konstaterade Ewaz att hon nu också kan pensionera sig. Befolkningen i Laal tog hjärtligt emot oss. Majoriteten av vårt internationella fempersoners team var bekant i

trakten sedan 1970-talet, och förtroendet från den tiden fanns kvar. Redan under den första arbetsperioden var vi tvungna att ge vårt allt, bland annat under den svåra epidemin av fläcktyfus som härjade i trakten. I trakten rådde också hungersnöd orsakad av torka, och den internationella matutdelningen hade anförtrotts mig och Martha, som var arbetsgruppens utläningar då på hösten 1972. Förhållandena gjorde att jag då också måste utbilda tre män som vi hade anställt som våra assistenter för jobb inom hälso- och sjukvården, till arkivskötare och till laborant. Under arbetstrycket växte sig samhörighetskänslan mäktig på "vår klinik". Kontakten med de tre har fortsatt fram till dessa dagar.

När vi påbörjade det nya projektet i juli 1999 stod vi inför en liknande situation som i början av 1970-talet när en mässlingsepidemi härjade i trakten. Under den första vintern, när teamet förutom Martha och mig bestod också av den amerikanska läkaren Aaron, som namnet till trots var kvinna, hamnade vi mitt upp i en meningitepidemi. Vi hade till förfogande en hälsostation som hade iståndsatts av Internationella Röda Korset, och som vid sidan av poliklinikbyggnaden hade en vårdavdelning med tre rum. Vi hade ingen elektricitet. Uppvärmningen sköttes med lokala plåtkaminer som använde olja eller torkad kospillning. Patienterna låg på madrasser på golvet. Dagens sista patienter bars in på kvällen på dörrar, på bräder eller på någons rygg från trakter bortom bergen genom snödrivorna, när vi redan hade satt oss ner för vår kvällsmåltid. Att sätta dropp var rätt besvärligt i skenet av en oljesticka eller ficklampa, tillika förlossningarna, som vi nog i början hade rätt litet av, eftersom kvinnorna av tradition födde hemma och budet om att vi hade beredskap att sköta förlossningskomplikationer inte ännu hade nått ut till byarna. – Senare fick vi en generator som producerade elektricitet för operationssalen och också elektricitet med solenergi tack vare medel från finska statens utvecklingssamarbete.

Vid sidan av epidemierna var vi i början hårt sysselsatta med de svåra hemförlossningarna. Jag tackade min Skapare för den obstetriska kunskap som jag hade fått i Etiopien, när jag bortom bergen efter tre timmars vandring från kliniken med bysmedens tång måste dra ut ett halvtruttet foster ur moderns bäcken som hade urkalkats av osteomalaci.

Vintern 1999/2000 var vi tre kvinnor helt isolerade från omvärlden. Den lilla Cessnan hade då inte ännu fått landningstillstånd av

talibanregeringen. Kontakten med omvärlden sköttes med en svag radiotelefon. Chauffören begav sig någon gång till Kabul som postkurir, gående en del av den 350 kilometer långa sträckan, och hade också med sig meningitvaccin vid återkomsten. Ett flygplan släppte ner mediciner när det flög över oss, en gång 200 ampuller penicillin. Hör och häpna så klarade största delen av läkemedelsampullerna tio meters fallet oskadda!

Vi hade börjat utbilda några lokala kvinnor för arbetet – detta alltså på talibanregeringens tid, när kvinnor i allmänhet inte fick arbeta utanför hemmet och flickor inte fick gå i skola! I arbetsavtalet med hälsoministeriet stod det svart på vitt att vi fick anställa kvinnor, kanske för att arbetet i början mest inriktade sig på MCH. Det speciella var att också flickor fick gå i skola i bergstrakterna, så det var lätt för oss att värva unga, läskunniga, vetgiriga och ivriga kvinnor. Men de var inte till mycket hjälp i början när epidemin härjade. Vi utbildade dem till att undervisa kvinnorna i byarna om grundläggande hälsofrågor. Vi strävade efter att utrota skadliga sedvänjor. Vanligen låter man till exempel sjuka fasta, trots att de har hög feber eller diarré. Man kan också lägga en patient med lunginflammation eller ett barn med mässling mellan fällar bredvid elden, för att patienten riktigt ska svettas ut febern.

Också på vintern vandrade vi längs snöiga stigar över bergen på färder som räckte flera dygn, jag med mina skidor och mitt «ryggsäcksapotek». Jag vårdade sjuka och forskade på samma gång om bergsbornas hälsotillstånd. Jag försökte också få medlemmarna i mitt team att sluta föreläsa och ändra sitt undervisningssätt till interaktiv diskussion med byborna. "Flickorna" lärde sig också att sköta förlossningar. I byarna screenade vi riskföderskor och uppmuntrade dem att komma till kliniken för att föda. Underligt nog och tvärt emot vad man hade väntat sig litade kvinnorna i byarna på dessa unga, i början av vårt arbete ogifta, kvinnors åsikter. Traditionellt har bara gamla kvinnor auktoritet i landsortskulturen. Men å andra sidan respekterar man skolgång och till och med obetydlig lärdom, kanske väl mycket, eftersom man rätt snart började titulera våra unga kvinnor "doktor". Denna respekt innebar förstås en risk för skrytsamhet, men den traditionella aktningen för äldre människor minskade å andra sidan "flickornas" önskan att stoltsera.

Arbetet i byarna utvidgades i och med att intresset för våra hälsomöten ökade. Initiativet

till att starta en kurs kom alltid från byborna själva. Bykommittéerna valde kandidater till utbildningen. Också kvinnor deltog i dessa bymöten i ett senare skede. Utbildningsprogrammet utvidgades när vi fick nya kvinnor med i utbildningen. Till en början utbildade vi alla kvinnorna till mångkunniga vårdare som turvis arbetade på kliniken och i byarna; senare indelades personalen i skilda by- och klinikteam. Arbetet i byarna omfattade också CDP-element, som till exempel att gräva brunnar och latriner, att skydda källor, att utveckla odlingsmarkerna och om vintrarna kurser i läskunnighet. Vi skickade några lokala män på utbildning för dessa ändamål. Principerna i byarna var från början ömsesidigt deltagande och byarnas eget ansvar för utvecklingen. Byborna gav till exempel undervisnings- och aktivitetsutrymmen för kurserna och en lärare ur de egna leden för undervisningen i läskunnighet. Byborna betalade lön till läraren, vanligen i form av spannmål. Vi stod för undervisningsmaterialet.

Hälsocentralen, som var byggd av lertegel och omgavs av en lermur, utvecklades och utvidgades så småningom. Vi fick igång ett laboratorium med blodbank. Vi fick en ultraljudsapparat, närmast för obstetriskt bruk, på försorg av en kanadensisk gynekolog som hade kommit med i teamet. Hon handledde personalen i att använda apparaten och annars också i obstetrik. Förlossningsavdelningen effektiviserade sin verksamhet, och kvinnorna i byarna, speciellt bybarnmorskorna som vi hade utbildat, lärde sig att screena obstetriska risker och skickade sådana kvinnor till kliniken för att föda. Antalet förlossningar på hälsocentralen ökade stadigt och många mammors och också barns liv kunde räddas.

Så småningom förstod vi att också männen behövde utbildning. De ansåg hälsomötena vara något slags hobbyverksamhet för kvinnorna, speciellt som programmet omfattade drama och användning av bildmaterial. En gång fyllde en stor mängd kraftiga män i livsfarligt tillstånd ett helt rum hos oss. De var uttorkade av diarré efter att uppe i bergen ha druckit vatten ur pölar vid sina åkerodlingar. Och bara några dagar tidigare hade vi varit på orten för att berätta om hur man kan förebygga och behandla diarré!

Både i byarna och på hälsocentralen började vi utbilda också unga män. En del av studerandena fick specialutbildning i att sköta filialklinikerna som hade byggts upp i mer avlägsna områden, fyra stycken fram till dess jag reste bort. Arbetsparen utgjordes vanligen

av en syster och bror, ett äkta par eller en far och dotter. Speciellt under vintern var deras insats av avgörande betydelse, eftersom snön ganska så fullständigt isolerar de mer än 600 byarna i området från områdescentrum.

Efter talibanväldets fall 2001 strävade den nya regeringen efter att förbättra också landsbygdens hälso- och sjukvård. Men det fanns inga resurser. Det har gjort att landsbygdens hälso- och sjukvård till stor del har lämnats på utländska eller lokala utvecklingsbiståndsorganisationers ansvar. Förbättringen av kvinnors och flickors ställning har stått på regeringens agenda. En av de mest hjärtevärmade komplimanger som jag har fått var en lokal administrativ ledares uttalande på ett möte: – Ni har i praktiken förbättrat kvinnornas ställning här, när ni har utbildat dem och gett dem arbete. – Jo, men människorna har själva hjälpt till när de har låtit flickorna gå i skola och kvinnorna komma och arbeta hos oss och när de tar emot våra kvinnliga arbetare i byarna, svarade jag.

Från att ha varit MSH-betonat utvecklades vårt hälsoprogram så småningom till ett program för samfundshälsa (Community Health). Vi hade inte haft resurser att utvidga det till hela distriktet, utan vi fick fortsätta arbetet enbart i kommunen Laal med 150 000 invånare. Under talibantiden utbildades ju inte kvinnliga sjukskötare eller ens barnmorskor genom statens försorg. Många utländska organisationer har på samma sätt som vi utbildat kvinnor och också män till vårdare. Vi uppmuntrade vår personal till att avlägga statens sjukskötarexamen. Jag minns att den utbildning vi gav manliga vårdare på 1970-talet inte godkändes av regeringen. Många män och också kvinnor lyckades få officiellt godkända papper på att de var hjälpskötare (Assistant nurse) eller sjukskötare. (Tentamen var ett likadant flervalsprov för båda. Det berodde på resultatet vilken kategori kandidaten sattes i.) Ja, vår personal hade vuxit från några kvinnor och ett par män den första tiden till ett hundrahövdad mångkunnigt team!

Hälsoproblem

Mina minnen avbryts av att telefonen ringer. Flickorna som har jour på kliniken rapporterar: -- Vi skötte just en svår förlossning. Barnet har andringssvårigheter.

– Vad kan man nu göra här då, tänker jag hopplöst när jag cyklar de två kilometrarna till kliniken. Det dör i alla fall. Jag har ofta råkat ut för sådana situationer. Som barn-



Bild 1: Leena och Jekku.

läkare visste jag att många nyfödd i dåligt skick skulle ha klarat sig i Finland.

På golvet i förlossningsrummet satt en ung förstföderska med sitt barn i famnen. Hon försökte bjuda bröstet åt den gnälliga babyn som kippade efter andan. Flickorna hade redan "stixat" barnets blodsocker, lindat in det i flanelblöjor och rymdlakan och släpat in en tvåmeters syrgasflaska i rummet. Numera hade vi ju ändå syre, till och med en pulsoximeter, som fyllde babyns hela hand. Barnet fick syrgasmasken över ansiktet och syret började strömma in i andningsvägarna. Jag gav mamman rådet att mjölka bröstmjölk och allt emellanåt ge det till babyn med sked.

Obstetriska och neonatala problem är vanliga. I Afghanistan slutar upp till 1 700/100 000 förlossningar fatalt. Tonårsgraviditeter är vanliga och många mammor dör vid den första förlossningen, eller så avlider flerföderskor i blödning, eftersom det är vanligt att placenta inte framföds. Hygienen är bristfällig. Traditionellt föds barn i Hazarland på torkad kospillning, som nog suger i sig sekretet och lergolvet hålls rent, men barnet och mamman utsätts för smutsen. Förlossningen anses i allmänhet vara en smutsig tilldragelse. Sålunda tvättar inte den assisterande kvinnliga släktingen eller barnmorskan händerna före ingreppet, och navelsträngen skärs av med första bästa tillgängliga redskap. Till de viktigaste ämnena som lärs ut i byarna, redan på barnrådgivningarna, är en ren förlossning.

Vanligen sysselsätter infektioner sjuk-

vården. Oftast är de inte mer exotiska än i Finland: RSV och andra virus orsakar luftvägsinfektioner på vintern och på sommaren besväras diarrésjukdomarna. Tyfus, shigellos, amöbias och giardias hittas visserligen mera än i Finland, och tuberkulos är fortfarande en folksjukdom i Afghanistan.

Undernäring hos vuxna och barn ökar sjukdomsbyrden. Tillgången till mat i Hazarland är knapp och ensidig. Speciellt på vintern finns ingen annan färsk mat än lök och potatis. Färsk frukt finns inte heller på vintern. Basnäringen består av naanbröd gräddat i en tandoorugn och surmjölk utspädd med vatten, samt stekta lökbitar som har uppkokats i vatten. Det tunnbrödsliknande vetebrödet rivs i bitar i den feta buljongen och hela familjen tar för sig av maten ur grytan med fingrarna. Man älskar fett, och speciellt djurfett. Det finns också kött och ägg. Litet mjölk får man av de magra korna. Undernäring hos barnen beror ofta på felaktiga matvanor snarare än på brist på mat. Barnen får bröstmjölk upp till två och ett halvt år, men man känner inte till behovet av tilläggskost. Det finns också alla slags vanföreställningar om varm och kall mat, osv. Man ger till exempel inte ägg åt babyer under ett år, eftersom de då inte skulle lära sig tala.

Kvinnor i fertil ålder är i allmänhet hela tiden gravida eller ammar, så kalkförråden sinar; speciellt under de kalla vintermånaderna håller sig kvinnorna inomhus och förråden av D-vitamin blir knappa. Osteomalaci är en besvärlig åkomma vid sidan av den allmänt förekommande undernäringen. Familjeplanering har dock blivit populärt. Också männen förstår och godkänner den, vilket inte var fallet för tre årtionden sedan, då bara några tjänstemannahustrur besökte oss för att få preventivmedel. Det sker alltså utveckling och attitydförändringar, men inte inom det treårsperspektiv som vi västerländska projektänkare arbetar under. Kanske folk godkänner också latrinkulturen efter tre årtionden, nu rynkar man bara på näsan eftersom utusen luktar illa. Bakom snären längs floden torkar högarne däremot snyggt i solen.

Jag var först av den uppfattningen att bergsbefolkningen inte lider av blodtrycks- och andra civilisationssjukdomar. Men när vi ruttmässigt började mäta blodtrycket på vuxna som kom till kliniken, så visst var det förhöjt! Och det gäller inte alls bara överviktiga, som det nog också finns av i Hazarland, utan också magra, sega kroppsarbetare. Befolkningen äter salt och fet mat. Är det orsaken?



Bild 2: Leena opererar.

Alla slags psykosomatiska besvär är vanliga, samt allmän skröplighet speciellt bland den äldre befolkningen. Man lever ur hand i mun under trycket att få ihop till det dagliga brödet. Det är stressande. Dessutom förekommer familjevåld och annat undertryckande av kvinnor. Speciellt en ung svärdotter är i praktiken piga i mannens släkt, tills hon börjar föda barn och det kommer en ny svärdotter för släkten att pina. Svärmodern låter skadan gå vidare.

Arbets- och livsglädje

På morgonen efter jourpasset väntade mig på kliniken en piggögd baby som andades fritt i sin mammas famn. Andningssvårigheten hade till sist gått över. Det här hör till de under som vi får möta, när vi försöker göra vad vi kan med bristfälliga undersöknings- och behandlingsmöjligheter och undermåliga redskap. Vi är alla mycket glada. På rondens undersökte jag en gammal gumma som hade kommit för behandling en vecka tidigare pga. full vätskebelastning som följd av hjärtsvikt. Hon skrevs ut symptomfri med diuretika- och digoxinmedicinering. Mitt under rondens brast hennes son i gråt och sluddrade: – Jag trodde

inte att mamma skulle repa sig från det här. Jag vet att hon är gammal, men jag skulle vilja hålla henne hos mig så länge som möjligt.

Många har frågat mig: – Vad får dig att gå på gång åka till Afghanistan? Är det äventyrlust, vilja att hjälpa eller tro?

Allt det där har jag behövt. Äventyrlust innebär för mig intresse för främmande kulturer och människor, jag vill lära mig av dem, jag förvånar och förundrar mig över deras sätt att klara av vardagens problem, som skiljer sig från mina.

Jag har lärt mig att räkna de positiva resultaten och låter bli att älta förluster och misslyckanden, något som jag insåg under min period i Etiopien. I början var det verkligen tungt när man kom på jobb på morgonen att först räkna små avlidna och trösta mödrar som var nedbrutna av sorg. Nästan en tredjedel av barnen som togs in på sjukhuset avled. Sedan lärde jag mig att glädja mig över de två tredjedelar som trots allt blev vid liv! Under arbetet i byarna i Afghanistan grämde jag mig först över att hälsovårdssamtalen knappast verkade ge praktiska resultat, men sedan lärde jag mig att glädjas över några kvinnor



Bild 3: På väg till kliniken.



Bild 4. Skall man nu tro på det där?

som omsatte de ofta mycket enkla grundläggande råden i praktiken. ”Floden bildas av droppar”, konstaterar ett lokalt ordspråk, och det hoppas jag ska ske i Hazarland, vilket det också har gjort.

Under årens lopp har jag gett upp villfarelsen om allsmäktighet, och detta har underlättat mitt liv enormt mycket och gett arbetsglädje. Jag får bara göra mitt bästa, ofta med mig själv som enda verktyg och utan västerländska invecklade undersökningsmöjligheter. Speciellt kirurgiska och obstetriska problem ger ofta ingen annan möjlighet än att ens försöka någonting. Tiden i Etiopien gav mig visserligen goda färdigheter för ularskirurgi, men efter det gick det nästan två årtionden innan jag nästa gång måste ta till kniven. Under vintern levde vi till och med i månader isolerade av snön från den yttre världen och eventuella specialistläkartjänster. Många gånger måste jag ty mig till Maurice Kings grundläggande kirurgiverk Primary Surgery, där man får handgripliga råd om hur de viktigaste operationerna går till. Fast i levande livet är situationerna ofta rätt ”annorlunda” än de som beskrivs i böcker. Och då är det bra med sunt bondförnuft. Förlossningskomplikationerna är ett kapitel för sig.

Jag lärde mig att ta hand om mig själv i mån av möjlighet. Jag tillät mig att lösgöra mig från vardagens rutiner och människor, för att under veckoslut och lediga stunder vandra i de hänförande vackra närbelägna bergen, om vintern på skidor och om sommaren till fots eller till häst. Under en sådan färd kan jag titta in hos någon i en by för en kopp te, jag kan följa vanliga människors vardag och ibland också delta i den. Några timmars andhämtningspaus kan vara de enda stunderna under flera veckor då jag kommer bort från sjuka människor, speciellt om jag var den enda läkaren på plats.

De lokala vännerna, med sin ibland nästan förbryllande gästfrihet och vänlighet, sporrade mig för sin del att fortsätta tjänstgöringen. Jag har fått rikligt med positiv respons, och också det ger nytt mod. Mina närståendes vänlighet har i alla fall vägt tyngre i vågskålen än frustrationer och besvikelser. Människorna är tacksamma och uttrycker det på sitt hjärtliga sätt.

Äventyrlustan tar slut och det gör också tjänstvilligheten, men tron blir kvar. Den innebär för mig en förtröstan på att mitt liv inte ligger i talibanernas och krigsherrarnas utan i Guds händer. Och just Han har gett mig kraft och visdom att ta mig an vardagens utmaningar under min tjänstgöring. Mitt liv har varit rikt och är det fortfarande under Guds ledning och omvårdnad. Jag får fortfarande leva och tjäna – med min beskärda del.

Leena Kaartinen
Kiikkulankatu 5 A 4
15950 Lahtis
leena.kaartinen@fimnet.fi

Ytterligare litteratur

Mina böcker

Lääkäriinä Afganistanissa, 1980, KarasSana.
Sairaala Sissisodassa, 1980, KarasSana (om Etiopien).
Olet Vapaa, Johannes 1982, Perussanoma (om Etiopien).
Matkaan Taas, 1982, KarasSana (om Etiopien).
Makai, Tyttö Afganistanista, 1989, Perussanoma.
Lastenlääkäriin Sotapäiväkirja, 1996, Perussanoma .
Talebanien Takana, 2002, Perussanoma.
Näkemiin Hasaramaa, 2007, Perussanoma.
Pakolainen, 2010, Perussanoma.
Kaartinen L. 2002, Mother and Child Health Care in Kabul, Afghanistan with Focus on the Mother. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 81, 491–501. Kaartinen, 2003. Obstacles in Reducing Maternal Mortality Example Afghanistan MPH Essay, Nordiska Hälsovårdshögskolan Göteborg Sverige.

Dessutom under årens lopp några artiklar i Läkartidningen Duodecims julnummer 2004: Mieleni tuli hyväksi. Lääkäriksi Kehitysmailhin kahteen otteeseen, viimeksi 2004.

Summary

As a country doctor in the mountains of central Afganistan

Leena Kaarinen won a place on Time magazine's European heroes list in 2005. She has worked for over 30 years as part of the International Assistance Mission (IAM), Oxfam, and of many other aid groups for years in the isolated Hazara tribal villages in the mountainous Lal-wa-Sarejungal district of central Afganistan. At first with only a German nurse and another female doctor, among other duties she had to handle large morbidity and encephalitis epidemics and organize all deliveries in the district. Totally isolated from the rest of the world, they had to train local women even during the Taleban regime. Obstetric and pediatric problems were common, and 1700/100 000 births ended fatally. Infections, high blood pressure, and even psychosomatic problems were also common.