

Työskentelyä tansanialaisessa sairaalassa

Olen aina haaveillut työskentelystä Afrikassa, mutta kokeilematta ei voi tietää, onko työ kiinnostavaa vai ihan kamalaa. Syksyllä 2003 näin Lääkärilehdessä ilmoituksen, jossa värvättiin lääkäreitä vapaaehtoistyöhön Tansaniaan Suomen Rotaryn Lääkäripankin (Rotary Doctor Bank Finland, RDBF) kautta. Työjakson minimipituus on kuusi viikkoa, joten tämä tuntui oivalliselta tilaisuudelta päästä tutustumaan työoloihin kehitysmaissa. Siispä tartuin puhelimeen ja soitin Lääkäripankin yhteyshenkilölle kysyäkseni, pääsevätkö pari vuotta valmiina olleet lääkärit mukaan toimintaan. Onnekseni vastaus oli myönteinen.

Ensimmäinen haaste oli selvittää työluvan hankkimisen aiheuttamasta paperisodasta. Lääkäripankin koordinaattori teki suurimman osan työstä, mutta aikaa kului odotellessa reilun vuoden verran. Kun lupa-asiat selvisivät, asiat etenivät varsin nopeasti, ja syyskuun 2005 alussa koitti lähdön hetki. Aika ummikkona kyllä lähdin matkaan, kehitysmaalääketieteestä olin lukenut kirjallisuutta ja kertaalleen tavannut kohdesairaalamassani Itetessä aikanaan pitempäänkin työskennelleen kirurgin.

Sairaala Länsi-Tansaniassa

Iteten sairaala sijaitsee Lounais-Tansaniassa kau niilla vuoristoisella maaseudulla. Lähin kaupunki on Tukuyu, josta Iteteen on paras matkata nelivetoisella ajoneuvolla, sillä tieverkosto on suomalaisnäkökulman mukaan kuoppaisen kärrypolun tasoinen. Kyseessä ei liene afrikkalaisenkaan mittapuun mukaan varsinainen huippusairaala. Isommista kaupungeista löytyy varmasti suurempia sairaaloita parempine varusteineen, mutta paikallisesti sairaalan tarjoama hoito oli erittäin tasokasta ja merkityksellistä. Sairaalassa on 120 vuodepaikkaa neljään osastoon jaettuna (miehet, naiset, lapset ja äitiys). Lähistön kylien väestöpohja on n. 76 000 ihmistä. Sairaalassa työskentelee yksi paikallinen lääkäri. Hänen apunaan oli vierailuni aikana neljä ”clinical officeria” – lähinnä lääketieteen kandidaatteja, jotka ottivat potilaat vastaan poliklinikalla ja kiersivät osastoja. Lääkäriä konsultoitiin hankalimmista tapauksista, ja samainen

lääkäri teki kaikki tarvittavat toimenpiteet ja leikkaukset. Ihan säännöllistä päivittäistä leikkaussalitoimintaa ei siis ollut, vaan operaatiot tehtiin aina tarpeen vaatiessa. Ylivoimaisesti tavallisin toimenpide oli sektio, muita leikkaustyyppisiä olivat sterilisaatiot, laparotomiat, umpilisäkkeen poistot, hydrosele- ja nivustyraoperaatiot.

Anestesiahoitajat työssä

Anestesiatoiminta oli kokonaan hoitajien vastuulla. Olosuhteet olivat varsin pelkistetyt suomalaisiin leikkaussaleihin verrattuna. Ainoa monitorointiväline omien silmien ja käsien lisäksi oli manuaalinen verenpainemittari. Siinä oli vähän pureksittavaa laitepaljouden keskellä varttuneelle lääkärinplantulle. Mahdollisimman monet leikkaukset pyrittiin tekemään spinaalipuudutuksessa. Ainoana puudutusaineena oli tarjolla hyperbaarista lidokaiinia. Pienet humaukset ja monet vähän isommatkin nukutukset hoidettiin ketamiinilla ja i.v. diatsepaamiakin löytyi valikoimista. Kipulääkkeenä oli petidiini. Laparotomioissa käytettiin joskus halotaania – siis silloin kun sitä oli saatavilla. Potilaat relaksottiin tarvittaessa suksametoniilla. Intubatioputket käytettiin useampaan kertaan eikä kokovalikoima ollut kovinkaan laaja. Varsinaisen järkytyksen kuitenkin aiheutti respiraattori. Kyseessä oli pelkkä pönttö, josta sai annosteltua halotaania tai eetteriä (paitsi että eetteripuoli oli rikki), ja sitten potilasta ventiloitiin käsin pussia pumppaamalla. Mitään kapnometriä ei tietenkään ollut, vaan ventilaatio täytyi hoitaa näppituntumalla.

Oikealla anestesiatiimi
Tansanialaisessa
leikkaussalissa.

Kaksosvauvat
kotiinlähtötunnelmissä.

Vastasyntyneen virvoittelun
harjoittelua.



Nsujili Mwaipopo

Hoitajien koulutusta

Pidin hoitajille kolme anestesialuentoa, joissa kävimme läpi käytössä olevien anesteettien ominaisuuksia, erilaisten anestesiakomplikaatioiden hoitoa ja erikoispotilasryhmien anestesiaa. Itse en tehnyt paljonkaan toimenpiteitä, vaan yritin opastaa ja antaa vinkkejä hoitajille työn suorittamista varten. Erityisesti sektioanestesioiden oli paljon kohennettavaa, sillä ei ollut harvinaista, että potilaalla oli vain sininen kanyyli ja lasisesta pullostani tippui hiljalleen Ringeriä. Spinaaliliikkeen laitteisiin reilu annos puudutetta eikä verenpainetta tai pulssia seurattu mitenkään aktiivisesti. Hienosäätöä siis tarvittiin. Erityisesti asiaa paransi, kun laattikoista löytyi efedriiniä ja myös tämä lääke tuli tunnetuksi.

Toinen tärkeä asia oli nenämahaletkun käytön opettelu akuuteissa vatsakatastrofeissa. Eräs strangulaatiopotilas tuli operoitavaksi, kun maha oli jo paisunut niin suureksi ja kumeaksi, että potilas alkoi muistuttaa kuumailmapalloa. Laitoimme nenämahaletkun ja tyhjensimme yli kaksi litraa retentioeritettä ennen crush-induktion suorittamista. Tämä oli aikamoinen sensaatio ja itse operaatio menikin hienosti. Potilas menehtyi kuitenkin toisena postoperatiivisena päivänä, ja tämä mielestäni on merkittävä yleinen ongelma. Itetessä pystytään leikkaamaan melko vaativiakin potilaita, mutta minkäänlaiseen postoperatiiviseen seurantaan ei ole mahdollisuuksia. Leikkausten jälkeen potilaat kärrätään osastoille ja jätetään sukulaisten huomaan. Jonkinlaiselle valvontayksikölle, jossa olisi edes perusmonitorointivälineet (HR, RR, SaO₂) ja mahdollisuus lisähapen antoon, olisi suuri tarve.

Obstetrisia ongelmia

Itetessä syntyi myös paljon huonokuntoisia vauvoja, sekä alateitse että sektiolla. Osa ongelmista on varmasti ehkäistävissä sektioanestesioiden hemo-



Miretta Tommila

dynamiikan hoitoa kehittämällä, mutta oma osansa oli todennäköisesti alkeellisilla sikiönseuranta-menettelyillä. Käytössä oli vain vanhanaikainen kuunteluservi sikiön sydänäänien seuraamiseksi. Mistään KTG-käyristä ei osattu edes uneksia. Vastasyntyneitä tulikin virvoiteltua kuuden viikon aikana enemmän kuin koko aiemman urani (joka ei nyt vielä ole niin pitkä...) aikana. Onneksi vastasyntyneiden virvoittelu sujuu yleensä melko vähiläkin välineillä ja useimmiten tulos on hyvä. Paikallinen henkilökunta oli asiasta varsin innostunut, ja pidimme useita vastasyntyneen virvoitteluelvytysharjoituksia tavallisella vauvanukella. Työjaksoni ehkä hienoin hetki oli, kun eräällä aamukierrolla äitiysohjaston vastaava hoitaja esitteli ylpeänä itse tunti sitten virvoittelemansa hyväkuntoisen vauvan.

Anestesiologian ulkopuolella

Jokaiselle päivälle ei osunut leikkauksia ja niinpä työnkuvaani kuului paljon muitakin kuin anestesiologisia tehtäviä. Onneksi olen työskennellyt Suomessa aluesairaalassa sisätaudeilla, kirurgialla ja ensiapupoliklinikalla ennen anestesiologialle päätymistäni. Osastoilla oli paljon infektiosairauksia – malariaa, pneumoniaa, pehmytkudostulehduksia, gastroenteriittejä ja virtsatieinfektioita.

HIV ja tuberkuloosi olivat erityiset ongelmat. Eri-
laisia traumoja oli myös ja aina joitakin sydänon-
gelmaisia potilaita ja diabeetikkoja. Sydänongel-
mien diagnosointi ja hoito perustui täysin kliini-
siin statuslöydöksiin, sillä edes EKG-laitetta ei ol-
lut.

Eniten tein kiertoja ehkä lastenosastolla. Siellä
oli useimmiten parhaiten englantia taitava hoita-
ja töissä tulkkaamassa. Monet lapset olivat pahasti
kuivuneita, joten nesteohjelmien suunnittelu so-
pi anestesiologin toimenkuvaan vallan mainiosti.
Malariaan liittyen monilla lapsilla oli erittäin vai-
keakin anemia. Hemoglobiiniarvo 34 ei ollut mi-
kään harvinaisuus. Matalin hemoglobiini, jonka
näin, oli 22, mutta sekään ei kuulemma ollut pai-
kan ennätys.

Suomessa on tottunut pitämään itsestäänsel-
vyytenä, että punasoluja saa soittamalla laborato-
rioon. Tansaniassa asia ei ollut aivan näin yksin-
kertainen. Sairaalalla oli onneksi oma pieni labo-
ratorio, jossa sai tehtyä veriryhmämäärityksen,
ristikokeen ja HIV-testin. Ensin piti kuitenkin löy-
tää luovuttaja. Sukulaisia ja ystäviä testattiin, kun-
nes löydettiin sopiva veriryhmä ja vielä HIV-nega-

tiiviseksi osoitettu näyte. Varsinkin jälkimmäinen
vaatimus osoittautui usein ongelmalliseksi. Usko-
matonta oli kuitenkin nähdä, kuinka hyvin lapset
yleensä kaikesta huolimatta paranevat.

Toivottavasti palataan

Työjakso Afrikassa tuli siis koettua ja kokemus
osoittautui hyvin kiinnostavaksi ja opettavaisek-
si. Ihmiset olivat todella ystävällisiä ja viihdyin ai-
van mainiosti. Lopulta kuusi viikkoa osoittautui
aivan liian lyhyeksi ajaksi, mutta näin muutama
vuosi sitten valmistuneena taloudelliset realiteet-
tit (=asuntolaina ja opintolaina) eivät sallineet pi-
tempää jaksoa vapaaehtoistyötä tällä erää. Aika-
moisen kipinän sain ja moni asia jäi kesken, jo-
ten toivottavasti pääsen palaamaan Tansaniaan
uudemmankin kerran. Kiitän kauniisti RDBF:a,
joka teki tämän kokemuksen mahdolliseksi. □

Miretta Tommila
erikoistuva lääkäri
TYKS

Rotary Doctor Bank Finland

Rotary Doctor Bank Finland (RDBF), Suomen Rotaryn
Lääkäripankki, lähettää vapaaehtoisia lääkäreitä 6 vii-
kon (ja sitä pitemmillekin) työjaksoille sovittuihin Tansani-
an sairaaloihin. Vähintään 3 vuoden työkokemus laillistami-
sen jälkeen vaaditaan ja ko. sairaaloista puuttuvat erikoislää-
kärit ovat etusijalla. Työ on palkatonta, mutta matkat, vakuu-
tukset ja elämiseen riittävät päivärahat maksetaan. Käytettä-
vissä olevilla varoilla voidaan vuonna 2006 lähettää työhön
vain aikaisemmin mukaan tulleita ja työluvan jo saaneita.
Uusille asiasta kiinnostuneille avautuu työmahdollisuuksia
v. 2007 aikana, mahdollisesti vasta jälkipuoliskolla. Ilmoit-
tautumiset vuoden 2006 loppupuolella järjestelyistä vas-
taaville: koordinaattori Hannu Pösö, hannu.poso@kolum-
bus.fi tai johtoryhmän pj. Juhani Jyränki, juhani.jyranki@
kymp.net. Tiedustella voi tarvittaessa aikaisemminkin. □