



Oskari Kettunen

LL, erikoistuva lääkäri
KYS, anestesiologian ja tehohoidon osaamiskeskus
oskari.kettunen@pshyvinvointialue.fi

Traumapotilaiden hoitoa Etelä-Afrikassa

Klinikkavierailu: Chris Hani Baragwanath Academic Hospital

Ajankohta
18.9.-1.11.2023

Paikka
Johannesburg, Etelä-Afrikka

► Olen 32-vuotias anestesiologiaan ja tehohoitoon erikoistuva lääkäri. Lääkäriksi valmistuin 2018 Itä-Suomen yliopistosta ja aloitin anestesiologin urani Kainuun keskussairaalaassa myöhemmin samana vuonna. Itselleni traumapotilaiden hoito on aina näyttänyt mielenkiintoisena ja antoisana yhdistelmänä ihmisen fysiologiaa ja käytännön tekemistä. Simulaatiokoulutuksien ja käytännön kokemusten myötä kehittyi mielenkiinto oppia lisää ja syventää omaa osaamistani. Suomessa traumapotilaiden potilasmäärät ovat – onneksi – vähäisiä, joten vaihtoehdoksi tarjoutui opin hakeminen ulkomailta. Varsinainen sysäys matkan suunnittelulle käytännössä tapahtui seniorikollegojen ja DATC-kurssin kautta saatujen yhteyksien avulla. Töölön traumakirurgian klinikka koordinoi suomalaisten rotaatio-ohjelmaa.

Etelä-Afrikka

Matkakohteeksi valikoitui Etelä-Afrikan Johannesburgissa sijaitseva Chris Hani

Baragwanath Academic Hospital, tuttavallisemmin Bara. Paikallinen tapa nimetä julkisia rakennuksia poliitikkojen – tässä tapauksessa Chris Hani -nimisen salamurhatun oppositiopoliitikon mukaan tuli nopeasti tutuksi. Kyseessä on laskutavasta riippuen maailman kolmanneksi suurin ja Afrikan suurin sairaala yli 3200 potilaspaikallaan. Bara on osa julkista terveydenhuoltoa, merkittävä traumakeskus ja toimii myös Wittwaterstrandin yliopiston opetus-sairaalana.

Luonnonkaunis Etelä-Afrikka on valtiona melkoisissa vaikeuksissa. Surullisenkuuluisan apartheid-rotuerottelujärjestelmän purkamisen jälkeen 1990-luvun alkupuolelta alkaen maata on puolueena hallinnut afrikkalainen kansalliskongressi (ANC) yksipuoluejärjestelmän tavoin sijoittaen vastuutehtäviin poliittisesti lojaaleja henkilöitä pätevien sijaan. Maata vaivaavatkin vuosikymmenten aikana politiikkaan ja julkisiin instituutioihin syvälle juurtunut korruptio,

Luonnonkaunis Etelä-Afrikka on valtiona melkoisissa vaikeuksissa.

korkea nuorisotyöttömyys (jopa yli 60 %) sekä merkittävä väkivaltarikollisuus. Vuosikymmenten laiminlyönnit muun muassa energiainfrastruktuurin ja julkisen liikenteen ylläpitämiseen kustautuvat nyt tunteja kestävinä päivittäisinä sähkökatkoina ja valtion kyvyttömyytenä vastata kansalaisten perustarpeisiin. Murhatilastot ovat afrikkalaisittainkin synkkiä: vuosittain henkirikoksia maassa tehdään noin 45/100 000 asukasta (Suomessa 1,2/100 000). Kansalaisista ne, joille on taloudellisesti mahdollista hankkia sairausvakuutus tekevät niin saaden ainakin kohtuullisen tasoista hoitoa yksityissairaaloissa, muut ovat sairaanhoidon osalta riippuvaisia aliresursoidusta julkisesta terveydenhuollosta. Kuten aina, heikoimmassa asemassa olevat kärsivät eniten.

Kulttuurieroja ja työn haasteita

Työnkuvanani oli toimia kuuden viikon ajan lääkärinä 15-paikkaisessa resuskitaatiohuoneessa, suomalaisittain ”elvarissa”, johon ohjautuivat punaiset priority 1 -traumapotilaat. Työvuorossa on tilanteesta ja viikonpäivästä riippuen kahdesta viiteen lääkäriä. Paikallisia lääkäreitä olivat traumakirurgiaan erikoistuvat juniori- ja seniorierikoistuvat sekä kokenut traumakirurgian konsultti. Lääkäri vahvuudesta noin 40 % oli ulkomaalaisia, taustaltaan kirurgian, anestesiologian ja akuuttilääketieteen erikoisalueilta. Paikallisia sairaanhoitajia vuorossaan oli muutamia, mutta kyseisen ammattiryhmän käytännön potilastyön hoitivat enimmäkseen lääketieteen opiskelijat ja ensihoitajien opiskelijat. Noin puolella paikoista oli mahdollisuus hoitaa intuboituja potilaita, ja yllätyksekseni nuhjuisen sairaalainfran keskeltä resuskitaatiohuoneesta löytyi neljä tuttua Maquetin Servo-U ventilaattoria. Lisäksi käytössä oli muutamia ventilaattoreita potilaansiirtoja ja kuvantamistutkimuksia varten. Kotimaisesta toimintamallista poiketen varsinaista traumatiimiä ei ollut, vaan potilaat otti vastaan se kuka muilta töiltään ehti.

Sairaalahierarkia oli näkyvää: traumakirurgian konsultin sana on laki.

Työpäivät alkoivat traumapäivystyksen aamukierrolla klo 07.00 ja tavallinen työpäivä kesti klo 16.00 saakka. Päivystyksiä oli kahdeksan kuukaudessa, joista suurin osa vuorokauden mittaisia, erittäin kiireisiä eikä mahdollisuutta lepoon juuri ollut. Erityisesti viikonloppuisin potilasmäärät olivat suuria. Sairaalahierarkia oli näkyvää: traumakirurgian konsultin sana on laki. Varsinaisen traumapäivystyksen pyörittäminen taas oli paikallisten nuorten kokemattomien lääkärin, ”internien”, hommaa. Lääketieteellisestä valmistumisen jälkeen

kahden vuoden internship-aikaan kuuluu kolmen kuukauden trauma-jakso, jonka aikana traumaensiapuun sijoitettuna ehtii nähdä ja tehdä monenlaista. Työtahti on kova, vastuu raskas ja kymmenen yli vuorokauden mittaista päivystystä ilman lepomahdollisuutta kuukaudessa ei ainakaan lisänne yleistä elämänlaatua.

Resuskitaatiohuoneessa hoidettavien potilaiden vammaprofiiliin osalta lävistävät vammat olivat yliedustettuina: suurin osa oli puukotuksia ja ampumavammoja rintakehän ja vatsan alueelle. Osa vammoista taas oli tyypiltään sellaisia mitä kotimaassa ei näe. Korruptoituneen poliisin vuoksi paikalliset eivät luota oikeusjärjestelmän toimintaan, mikä johtaa paikallisten kollektiiviseen oman käden oikeuden käyttöön: ”mob justice”-potilaat saattoivatkin olla pahimmillaan kymmenien ihmisten pahoinpitelemiä, ruoskittuja ja mielikuvituksellisilla tavoilla murjottuja. Vaikeita palovammoja näkyi myös paljon, myös lapsipotilailla, mikä selittyi paikallisten kotikutoisilla lämmitys- ja keittolaitteistoilla. Humalassa ajaminen ja yleinen piittaamattomuus liikennesäännöistä takasivat tasaisen virran liikenneonnettomuuspotilaita.

Itse työ opetti omatoimisuutta: jos halusi jotain tapahtuvan, käytännössä kaikki perushoidosta alkaen oli tehtävä itse. Toimenpiteiden laaja skaala oli opettavainen: kanyloinnit, traumapotilaiden intubaatiot, keskuslaskimo- ja virtsakatetrien laitot, pleuradreenit jne tehtiin itse antaen anestesiologi-taustaiselle kohtuullisen etumatkan kirurgikollegoihin verrattuna. Oman haasteensa muodosti logistiikka: teho, palovammayksikkö ja vuodeosastot olivat lähes aina täynnä, ja kuvantamistutkimuksia sekä verikoevastauksia joutui usein odottamaan tuntikausia. Resurssien niukkuus vaikutti potilaiden hoitoon, minkä hyväksyminen oli ajoittain vaikeaa ja herätti pohtimaan myös sellaisia eettisiä kysymyksiä, joiden eteen ei kotimaassa joudu.

Jos halusi jotain tapahtuvan, käytännössä kaikki oli tehtävä itse.

Kotiinviemisiä

Valtaosa rajallisesta vapaa-ajasta kului työkuormituksesta toipumiseen. Liikuntamahdollisuudet lähialueilla tapahtuvaa lenkkeilyä lukuun ottamatta olivat vähäiset. Johannesburg on vaarallinen eikä pimeällä ulkona liikkuminen ollutkaan turvallista, joten kotoisa B&B tuli tutuksi kiinteistöä ympäröivine suojaumuureineen ja sähköaitoineen.

Yksi reissun parhaita anteja oli verkostoituminen: yhteishenki työkalvereiden kesken oli hyvä, työskentely osana monikansallista yhteisöä hyvin opettavaista ja erityisesti ruotsalaiskollegojen kanssa huomasimme olevamme skandinaaveina samankaltaisia ja vietimme yhdessä aikaa myös työajan ulkopuolella. Paikallinen sairaalamaailma kömpelöine käytäntöineen, niukkoine resursseineen sekä ajoittainen riittämättömyyden tunne potilasvirran edessä sai oman turhautumisen hiljalleen kasaantumaan, ja arvostukseni suomalaista tiimityötä kohtaan kasvoikin yhä lisää. Töissä kättensä jäljen näki heti ja koin työni merkitykselliseksi ja tärkeäksi, mikä saakin osan ulkomaalaisista palamaan Baraan yhä uudelleen.

Kiitokset matkan mahdollistamisesta kuuluvat Töölön ja Baran traumaklinikoille sekä anestesiakollegoille Kuopiossa ja Kainuussa. ■