



Pia Puolakka

LT, erikoislääkäri
Tays, Anestesiatoiminta
pia.puolakka@pirha.fi

Mitä opin globaalista anestesiasta?

Global Anaesthesia Course

Ajankohta
10.–14.11.2025

Paikka
Mbale, Uganda

Hain ja pääsin Ugandaan Global Anaesthesia -kursseille. Kurssi on tarkoitettu kollegoille, jotka suunnittelevat tai kenties vasta haaveilevat toimimisesta anestesia-alueina kehittyvissä maissa.

Paikan päällä minulle selvisi, että tänä vuonna kurssille oli ollut aiempia vuosia vähemmän hakijoita. Viime hetken peruuntumisiakin oli tullut, ja lopulta meitä saapui Ugandan koilliskolkkaan vain kymmenen osallistujaa, vaikka kurssilla olisi ollut tilaa kahdellekymmenelle. Onko kiinnostus

aihetta kohtaan hiipumassa vai eikö puskaradio riitä tiedon levittämiseen? Itse kuulin kurssista muutamalta Punaisen Ristin delegaalilta. Sitten olen kyllä huomannut, että myös Finnanestissa on koulutusta ansiokkaasti kuvailtu: Piia Wiberg vuonna 2024 (1) ja Ville Häkkinen 2015 (2). Jos kurssi kiinnostaa, niin kannattaa ehdottomasti lukea myös heidän matkakertomuksensa.

Ennen kurssin alkua saimme luettavaksemme taustamateriaalia. Opin, että vuosi 2014 oli ollut

merkityksellinen. Tuolloin Lancetin komitea kokoontui ja käynnisti niin sanotun Global Surgery -selvityksen, jossa kartoitettiin kehittyvien maiden nykytilannetta ja laadittiin tavoitteet vuodelle 2030. Komitea päätyi viiteen havaintoon, jotka julkaistiin seuraavan vuoden Lancetissa (3). Ensinnäkin viidellä miljardilla ihmisellä ei ole pääsyä turvalliseen kirurgiaan. Tilanne on tietenkin huonoin matalan tulotason maissa, joissa yhdeksällä kymmenestä ei ole pääsyä kirurgiseen hoitoon. Toiseksi vuosittaisista yli 300 miljoonasta toimenpiteestä vain 6 % tehdään kehittyvissä maissa. Näihin maihin tarvittaisiin 143 miljoonaa toimenpidettä lisää. Erityisen suuri tarve näille on Etelä-Aasiassa ja Saharan eteläpuolisessa Afrikassa. Kolmas havainto koski kirurgisesta hoidosta aiheutuvia



Kuva 1. Kurssilaiset iltapäiväteeellä. Kuva Pia Puolakka, 2025.



Kuva 2. Sairaalavierailuilla kunnioitettiin punaista viivaa. Kuva Pia Puolakka, 2025.



Kuva 3. Draw-over-laitteisto käyttövalmiina luentotilan pöydällä. Kuva Pia Puolakka, 2025.



Kuva 4. Adam Hewitt Smith esittelee innoissaan ja ylpeänä hapen tuotantoa Mbalen Referral Hospitalissa. Kuva Pia Puolakka, 2025.

kustannuksia, jotka voivat köyhissä maissa estää hoitoon hakeutumisen. Jopa neljännes ihmisistä, joille oli tehty kirurginen toimenpide, olivat ajautuneet taloudelliseen katastrofiin kustannusten takia. Neljäs havainto oli, että panostamalla turvalliseen kirurgiaan tuetaan myös kyseisen maan talouskasvua. Taloustieteilijät ovat laskeneet, että mikäli lisäpanostusta ei tapahdu, matalan tulotason maat menettävät tuottavuudessaan 12,3 biljoonaa Yhdysvaltojen dollaria vuoteen 2030 mennessä. Viides havainto korosti sitä, että kirurgian ja anestesian kehittämistä ei tulisi nähdä erillisenä asiana, vaan osana koko terveydenhuollon kehittämistä (3).

Komitean julkaisu on laaja, ja tuo esiin kirurgian nykytilaa. Yksi huoli monien joukossa on myös turvallinen verensiirto. Luovuttajista on pulaa ja veren testaus ontuu. Kolmannes kehittyvistä maista ilmoitti, ettei veren rutiinomainen testaus toteutunut, koska tarvittavat testiaineet puuttuivat (3). Komission julkaisussa käsitellään laajemminkin välineistö-pulaa. Välineistöistä 80 % oli lahjoitettuja ja 40 %:lle näistä ei ollut huoltoa tarjolla (3). Hapen tarjonta oli myös haasteellista, mutta tähän toi yllättäen COVID-infektio parannusta. Tilanne nimittäin realisoi hapen tarpeen myös sille päättävälle eliitille, joka oli ennen koronaa tottunut hakemaan

sairaanhoidon ulkomailta. Näin myös valtaväestöllä on nyttemmin paremmin happea tarjolla.

Kokonaan oma lukunsa on henkilöstön tarve. Jopa 44 % maailman väestöstä elää maissa, joissa kirurgiaan perehtynyttä henkilöstöä (hoitajat ja lääkärit yhteensä) on alle 20/100 000 asukasta, kun taas 28 %:lla tämä luku on jopa yli 40/100 000. Jos pidetään tavoitteena tuota lukua 40/100 000, tarvittaisiin 136:een matalan tulotason maahan peräti 2,28 miljoonaa osajaa vuoteen 2030 mennessä (3). Global Surgeryn selvityksen jälkeen ilmestyi myös Maailman anestesiologiyhdistyksen selvitys anestesiaresurssista (4) ja WFSA:n sivujen kautta voi nykyään tarkistaa anestesiologitilanteen maittain (5). WFSA on määritellyt anestesiologiminimiksi 5 erikoislääkärä 100 000 asukasta kohden. Suomessa tämä luku on 16 ja Ugandassa 0,16. Anestesiologiluvun kasvattaminen matalan tulotason maissa on iso haaste, ja näin ollen pitää miettiä, miten olemassa olevaa henkilöstöä kehitetään ja miten tehtäviä turvallisesti jaetaan. Tämän kanssa oli Ugandassakin tehty paljon.

Adam Hewitt Smith on yksi kurssin promoottoreista. Hän saapui Mbaleen vuonna 2014, ja on siitä alkaen keskittynyt niin tehohoidon kuin anestesiatoiminnan kehittämiseen. Valtavaa anestesiologipulaa lähdettiin hoitamaan kahta eri reittiä: varsinaisen anestesiologimäärän (physician anaesthesiologist, PA) kasvattamisella hankkimalla mm. rahoitusta kollegojen koulutukseen ns. CANESCA-ohjelman kautta ja kouluttamalla ns. ”non-physician anaesthesia providereita” (NPAP) leikkaussalitarpeisiin. Näitä hoitajatasoisia ”anestesian tarjoajia” on vuodesta 2017 alkaen koulutettu Mbalessa jo 79. Ugandaan suunnatun kehittämisen rinnalla on kartoitettu myös koulutuksen nykytilannetta muissa Afrikan maissa (6). Kaiken kehittämisen ja tutkimisen rinnalla on koko ajan kulkenut myös kliini-

nen työ, sillä onhan ”Dr. Adam” tällä hetkelläkin käytännössä ainut Mbalen sairaalan anestesiologi ollen lähes jatkuvasti konsultoitavissa erityisesti tehohoidon osalta. Yliopiston puolelta löytyy toinen kollega, joka pystyy Adamin toisinaan vapauttamaan tästä päivystysvastuusta. Pediatripuoliso puolestaan vastaa vastasyntyneiden osastosta ja näiden pienten potilaiden hoidon kehittämisestä. Kotona vanhempia odottavat neljä lasta koulukirjoiheen, sillä toistaiseksi lapset käyvät kotikoulua. Jos tältä kaikelta jää aikaa, niin Duolingolla opetellaan norjan kieltä, sillä perhe suunnittelee muuttavansa tutkimusyhteistyön merkeissä lähitulevaisuudessa Norjaan, jossa lasten opiskelulle olisi paremmat edellytykset kuin Ugandassa. Kaikki on mahdollista, kunhan vain ensiksi on rohkeutta.

Kaiken kurssilla oppimani lisäksi sain uusia kontakteja ympäri maailmaa, ja pilveen tallentui melkoinen tietopankki, jota voin hyödyntää, mikäli haaveeni kehittyvissä maissa työskentelystä lopulta realisoituu. Puhelimesta löytyy myös tärkeä numero, jonka kautta saan luvatuksi yhteyden osajaan, jos paikallinen ventilaattori reistailee.

Kiitän SAY:tä saamastani apurahasta, ja suosittelen kurssia muille aiheesta kiinnostuneille. Suomen Lääkäriliitolta kannattaa myös hakea henkilökohtaista apurahaa kurssikuluja kattamaan. Minulta voi sähköpostitse kysellä lisätietoja. ■

Viitteet

1. Piia Wiberg. Anestesiaa kehittyvissä maissa. *Finnest* 2024; 57: 221–223.
2. Ville Häkkinen. Anaesthesia in developing countries. *Finnest* 2015; 48: 470–473.
3. Meara JG, laether AJM, Hagander L ym. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare and economic development. *Lancet* 2015; 386: 569–624.
4. Kempthorne P, Morriss WW, Mellin-Olsen J, Gore-Booth J. The WFSA global anaesthesia workforce survey. *Anaesth Analg* 2017; 125: 981–990.
5. World Federation of Societies of Anaesthesiologists. World Anaesthesiology Workforce Map. WFSA 2026. www.wfsahq.org/resources/workforce-map/
6. Law TJ, Bulamba F, Ochieng JP ym. Anesthesia Provider Training and Practice Models: A Survey of Africa. *Anasth Analg* 2019; 129: 839–846.