

Matkaraportti – Yleiskirurgi Ville Vänni, Chris Hani Baragwanath Trauma Unit, Johannesburg, Etelä-Afrikka 1.7.-30.9.2016

Olen 37-vuotias joensuulainen yleiskirurgi, ja toimin Pohjois-Karjalan Keskussairaalan kirurgian klinikassa apulaisylilääkärin virassa. Akuuttikirurgia on aina ollut lähellä sydäntäni, ja pääasiallinen työnkuvani muodostuu trauma- ja akuuttipotilaiden hoitamisesta. Vaikeiden pehmytosavammojen insidenssi on Suomessa niin alhainen, että kokemuksen hankkiminen niiden hoitamisesta ei tavallista työtä tekemällä mielekkäästi onnistu. Niinpä ajatus klinikkavierailusta ison volyymin traumakeskukseen on ollut vireillä jo pitkään, ja nyt se järjestyi Töölön traumasairaalan klinikkavierailurotaation kautta. Tiedon lähdöstä sain toukokuussa 2014, ja matka-ajankohdaksi valikoitui 1.7.-30.9.2016.

Klinikkavierailu kohdistui Chris Hani Baragwanath –sairaalan (”Bara”) traumayksikköön. Baragwanath on potilaspaikoiltaan maailman kolmanneksi suurin sairaala, jossa aktiivikäytössä olevia potilaspaikkoja on noin 3200 ja henkilökuntaa 6800. Traumayksikkö hoitaa kaikkien vammapotilaiden ensihoidon ja leikkaushoidonkin luuvammoja ja neurokirurgiaa lukuun ottamatta. Tylppien ja lävistävien vammojen suhde on noin 1:1. Työni klinikkavierailun aikana oli erikoistuvan lääkärin toimenkuvan hoitamista hieman muokatulla työnkuvalla.

Matkaan valmistautuminen käsitti lääkärin oikeuksien ja työluopien hankkimisen Etelä-Afrikkaan, ATLS-kurssin käymisen, viisumin sekä potilasvahinkovakuutusten hankkimisen. ATLS-kurssin ja aiempien kävijöiden kokemusten perusteella tiesin työn vaativan myös sellaisia taitoja, joita kirurgi ei jokapäiväisessä työssään Suomessa tarvitse. Siten matkaan valmistautuminen vaati myös anestesian ja tehohoidon opettelua ja käytännön kokemuksen hankkimista intuboinnista ja keskuslaskimokanyyleiden asettamisesta. Osana reissuun valmistautumista oli myös asunnon ja auton ja hankkiminen Johannesburgista, sillä sairaala sijaitsee pääasiassa köyhän mustan väestön asuttamassa Sowetossa, jossa ei ole turvallista liikkua jalkaisin tai ylipäätään pimeällä.

Työt Barassa alkoivat perjantaina 1.7, ja tämä päivän kestänyt orientaatiovaihe oli tutustumista paikalliseen sairauskertomuskäytäntöön sekä osaston ja päivystysalueen toimintaan. Ensimmäinen päivystys olikin seuraavana päivänä 2.7. Kyseessä oli kuun vaihe ja viikonloppu, jolloin työ on kiireistä ja päivystykset tapahtumarikkaita. Varsinaisesta pehmeästä laskusta ei voi puhua, ensimmäisen lauantapäivystyksen aikana tuli hoidettua tylppien vammojen lisäksi 18 vartaloon puukotettua ja 12 ampumavammaa. Päivystykset alkoivat aamulla seitsemältä ja loppuivat seuraavana päivänä aamupäiväkiertojen jälkeen 10-11 aikaan. Työ tuntui alkuun varsin raskaalta, ja reissun edetessä tuntemus muuttui ymmärrykseksi siitä, että se myös on sitä. Kuitenkin ne päivät, jolloin päivystyksiä ei ollut, pystyi käyttämään iltojen osalta palautumiseen ja kirurgiseen kirjallisuuteen perehtymiseen.

Ensimmäisen kuukauden ajan tein ns. nuoremman erikoistuvan virkaa opetellakseni tuntemaan paikallisen terveydenhuoltosysteemin ja sairaalakulttuurin. Käytännössä se tarkoitti ensiapupäivystystä ja osastotyötä. Päivystyspäivinä ensiavussa oltiin 24 tuntia ennen seuraavan päivän kiertoja, ja tavallisina työpäivinä päivät kuluivat osastojen ja tehon aamupäivä- ja iltapäiväkiertoissa. Traumapotilaita oli vähimmillään osastoilla noin 80, enimmillään 130. Leikkaussaliin pääsi alkuvaiheessa oman mielenkiinnon mukaan sen verran kun etupäivystämiseltä ehti, ja silloin tällöin perjantaisin sai leikata ns. ”elektiivistä salia”, jossa tehtiin ihonsiirteitä palovammapotilaille, stoomien sekluusioita, avomahojen sulkuja ja torakotomioita empyeemapotilaille. Ensimmäisen kuukauden työntekoa väritti vahvasti myös Afrikan talvi – yöt olivat kylmiä ja köyhissä hökkelilyllissä asuvat ihmiset lämmittivät asumukseensa avotulella tai parafiiniliesillä ahtaissa sisätiloissa. Eriasteisia palovammoja tuli paljon, ja osa niistä pieniä lapsia. Barassa on myös oma

palovammayksikkö, mutta palovammapäivystys kuului traumayksikölle ja palovammatehon hoitaminen päivystysaikana nuoremmalle erikoistuvalla. Eurooppalaiseen järjestelmään tottunut yleiskirurgi joutui välillä vahvasti mukavuusalueensa ulkopuolelle, kun pediatria palovammapotilaita saattoi tulla kerralla ensiapuun useita, useilla hengitystiepalovamma ja ventilaattoreina ainoastaan aikuisille tarkoitettuja Oxylogeja. Kohtuullisen vähäisestä leikkausmäärästä huolimatta heinäkuu siis sisälsi haasteita aivan riittävästi.

Elokuun alkuun mennessä käytännön metkut oli opittu, ja pääsin seniorirotaatioon tekemään leikkaussalipäivystystä. Traumasaleja oli kaksi, ”likainen” ja ”puhdas”, ja ne pyöivät yötä päivää läpi vuoden. Tukena ja turvana leikkaustoiminnassa oli konsultti, eli traumakirurgian erikoislääkäri. Alkuun kaikki leikkaaminen tapahtui valvotusti, mutta varsin nopeasti työn luonnistuesssa pääsin leikkaamaan omatoimisesti konsulttien arvioidessa menestystä seuraavana aamuna handover- meetingissä. Arkipäivystyksissä kaaoksen tunnetta ei useinkaan syntynyt, mutta viikonloppuisin oli usein tilanteita, joissa huonokuntoisia hemodynaamisesti instabiileja potilaita tuli samanaikaisesti useita ja niitä leikattiin useammassa salissa konsultin kanssa yhtä aikaa yrittäen pelastaa kaikki mikä pelastettavissa oli. Kaikki tapahtunut käytiin yksityiskohtaisesti läpi seuraavan aamun handoverissa, ja kaikki komplikaatiot ja kuolemantapaukset käsiteltiin torstaisin koko kirurgian klinikan yhteisessä Mortality & Morbidity - meetingissä. Työ oli vaativaa ja erittäin kurinalaista, mutta toisaalta kaikkien vammatyyppeiden esiintyvyys oli niin korkea, että lähes kaikelle oli olemassa oma protokolla, jota noudattamalla ei useinkaan eksynyt.

Potilasmateriaali oli pääasiassa mustaa kantaväestöä, mutta julkisena sairaalana Bara oli auki kaikille. Monilla lävistävän vamman saaneilla potilailla oli aiempia pleuradreeniarpia ja leikkausarpia kertoen köyhän väestön epätoivosta ja elämäntavan väkivaltaisuudesta. Ns. ”mob assault” –potilaita tuli myös vastaan joka päivystyksessä – paikallinen tapa oli piirittää ja pahoinpidellä kyläyhteisössä rötöstellyt yksilö, ja usein pahoinpitely eskaloitui sellaiseksi, että uhrilla oli jonkinasteinen komponentti murskavammaoireyhtymää ja eriasteisia aivovammoja. Seksuaaliseen väkivaltaan törmääminen oli myös varsin jokapäiväistä – keskimäärin joka kolmas etelä-afrikkalainen musta nainen on tullut elämänsä aikana raiskatuksi, ja seksuaaliseen väkivaltaan liittyy usein fyysistä väkivaltaa. Infektiosairauksia sai myös varoa, sekä tuoreet että krooniset tubimuutokset olivat tavallisia ja jopa puolet traumapotilaista olivat HIV-positiivisia. Tapaturma-alttiutta lisäsi nopean työtahdin lisäksi jatkuva resurssipula – päivystysalueella ei ollut mm. lainkaan puukon kahvoja ja neulankuljettimet olivat harvinaisia. Skalpellin sijasta käytettiin pelkkää terää ja ompelu tehtiin käsin isoja Colts –neuloja käyttämällä.

Työ Barassa oli raskasta mutta antoisaa. Paikalliset lääkärit ovat taitavia klinikoita ja auliita opettamaan, ja myös auliita vastaanottamaan kokemuksia ja näkemyksiä muualta. Olin lähtenyt reissuun yksin ilman perhettä hankkiakseni mahdollisimman laajan kokemuksen traumakirurgiasta, ja pyrin järjestämään arjen ja ajankäytön sen mukaisesti. Olin perillä 90 vuorokautta, josta töissä 85. Päivystyksiä tein yhteensä 30. Työn itsenäisyys lisääntyi molemminpuolisen luottamuksen kasvaessa reissun loppua kohti, ja etenkin viimeinen kuukausi oli suomalaisen työmoraalin omaavalle yhtä kirurgian juhlaa. Lisäksi minulla oli hyvä tuuri – klinikka oli vierailuni aikana alimiehitetty ja sain päivystää niin paljon kuin pystyin. Syyskuun 1. viikonlopulle sattui juhlapäivä Spring Day ja paikallisten jalkapallojoukkueiden turnaus, jolloin yhden viikonlopun aikana hoidettiin Barassa 540 ei-kävelevää traumapotilasta. Pääsin myös osallistumaan sairaalan uuden ennätyksen tekemiseen: olin töissä kun yhden lauantain aikana hoidettiin 42 traumaresuskiatatiota. Työvuorossa oli kerrallaan yksi erikoislääkäri ja kolme erikoistuvaa, joten tekemistä riitti enemmän kuin kotona keskimäärin.

Koko reissun saldo itsenäisen leikkaustoiminnan osalta oli 63 traumalaparotomiaa, 16 torakotomiaa, 3 sternotomiaa, 2 clam shell –torakotomiaa, 4 perifeeristä verisuoniohitusta ja 8 kaulaeksploraatiota. Hoidettujen omien potilaiden osalta mittariin kertyi 125 ampumavammaa, 216 vartaloon puukotettua, 44 murskavammaoireyhtymää, 63 tehohoitoista palovammaa, 167 tieliikenneonnettomuutta ja 89 yliajoa.

Lisäksi oli runsaasti matalaenergisiä tylppiä vammoja (pahoinpitelyt) ja muita tavallisempia vammoja, joita ei tullut tilastoitua. Numeroiden lisäksi - tai niistä huolimatta - käteen jäi sellaista leikkauskokemusta, kliinistä kokemusta ja itsevarmuutta, jota ei kotimaassa päivystämällä kykene tällä alalla saavuttamaan - sekä tietysti muistoja ja tarinoita murtamaan suomalaiskansallista tuppisuisuutta kotoisissa saunailloissa.

Kiitokset klinikkavierailun onnistumisesta kuuluvat Töölön ja Baran sairaaloiden traumayksiköille, matkaa taloudellisesti tukeneille erikoisalayhdistyksille sekä myönteisen ymmärtäväisesti toimintaan suhtautuneille omalle työnantajalle ja vaimolle. Matkailu opettaa ja avartaa, ja välillä pitää lähteä pois jotta voi tulla takaisin.

Ville Vänni

