

Matkaraportti

Verisuonikirurgiaan erikoistuva lääkäri Jenni Holmström

Chris Hani Baragwanath Trauma Unit 8.7.-6.10.2019

Johannesburg, Etelä-Afrikka

Olen verisuonikirurgiaan erikoistuva lääkäri Meilahdessa, ja nyt eriytyvän vaiheen puolivälissä. Runkokoulutuksen suoritin Pohjois-Karjalan keskussairaalassa Joensuussa, neljästä vuodesta viimeiset puolitoista verisuonijökönä. Pitkäaikaisena haaveenani oli ollut lähteä kirurgin tehtäviin Afrikkaan, ja edelläkävijöideni esimerkin innoittamana kohteeksi alkoi mahdollistua Baran traumayksikkö. Kiinnostus traumakirurgiaan on kohdallani peräisin jo varhaisilta lääkisyksityiltä, jolloin tapasin olla kesätöissä Töölön päivystysosastolla 10 sihteerinä ja hoitajana. Myöhemmin palasin Töölön traumalle valmistutumisen jälkeenkin kesäksi, mutta runkokoulutuksen aikana alkoi käydä selväksi, että pehmytkirurgia vie mennessään. Kuitenkin valinnan nykyisestäkin erikoisalasta tein trauma tausta-ajatuksenani.

Barassa kävin omakustanteisella kahden viikon tutustumismatkalla maaliskuussa 2018, jolloin oli mahdollista tutustua paikkoihin ja käytäntöihin tuolloin rotaatiossa olleen suomalaisen seurassa. Ennen tuota matkaa oli ollut vaikea kuvitella, millaiseen paikkaan onkaan menossa. Matkasta jäi tunne, että paikan selättäminen on haaste, johon haluan tarttua. Tutustumisesta oli myös huomattavaa hyötyä lähtiessäni nyt varsinaiselle työskentelyjaksolleni ainoana suomalaisena.

Valmistautuminen alkoi jo 10/2016, jolloin kävin ETC-kurssin. Tämän jälkeen sarjassa seurasivat DSCT, ASSET, ATLS, EMSB, sekä viimeisimpänä eFAST-kurssi MUSEC Prahan ECTES:n yhteydessä 4/19. Sain myös mahdollisuuden kerrata anestesiologian tietoja ja taitoja Töölössä kahden viikon jaksolla ennen matkaan lähtöä. Lisäksi valmistautumiseeni kuuluivat työlääät prosessit lääkäriainekkeuksien ja viisumin saamiseksi. Suunnittelin matkani pituudeksi 3,5kk, jotta pystyn olemaan täyden 3kk jakson töissä, ja olla lisäksi lomalla keskivaiheilla viikon ja lopussa viikon. Matkan ylittäessä 90 päivää tulee viisumi pakolliseksi. Majoituksen sovin Parkviewn kaupunginosassa sijaitsevaan idylliseen Remote Corner B&B:n, jossa asuin omassa yksiossani.

Johannesburgissa on esikaupunkeineen noin 8 miljoonaa asukasta, ja julkinen Baran sairaala palvelee Soweton aluetta, jonka väkiluku on noin 1,3 miljoonaa. Alun perin sotasairaalaksi perustettu Bara on maailman kolmanneksi suurin sairaala, jossa vuodepaikkoja on 3200 ja henkilökuntaa 6800. Traumapäivystyksessä kävijöitä on viikoittain n. 500, joista shokkihuonetasoisia (resuscitation room) 80. Traumaosastolle päättyy viikoittain 60 potilasta, mutta vain n. 25 kotiutuu, joten kierroilla oleellinen tehtävä hoidon lisäksi on saada potilaat siirtymään parempikuntoisina muille osastoille (outliers), tai kotiutumaan, jatkohoitosairaloita ei ole olemassa.

Talvikuukausien kirjanpito perusteella viikon aikana päivystyspoliklinikalla laitetaan keskimäärin 16 CVK:ta, 15 pleuradreeniä, tehdään 43 eFAST-tutkimusta, 32-Lodox-kuvaa (kokovartalon natiivi), ja intuboidaan 11 potilasta. Tylppää ja lävistävää traumaa on suurin piirtein yhtä paljon: 34 vs. 38

potilasta viikossa. Tylppien traumojen päämekanismit ovat autoilijoiden ja jalankulkijoiden liikenneonnettomuudet, pahoinpitelyt, ja korkealta putoamiset. Lävistävästä vammoista puukotuksia on 2/3, ampumavammoja 1/3. Lisäksi talvikauden traumaan kuuluvat eristeiset ja -laajuiset palovammat, joista laajoja tuli n. 10 viikossa.

Vietin ensimmäiset 7vk ensiapupäivystäjänä (junior registrar), ja loput 5vk salipäivystäjänä (senior registrar). Paikallisista nuoremmista erikoistuvista yksi jäi äkisti pois, joten aikani ei jakautunut aivan tasan roolien kesken, kun etulinjassa oli pulaa päivystäjistä. Ulkomaalaisia lääkäreitä yksikössä oli samanaikaisesti lisäksi kolme, he yleiskirurgeja tai siihen erikoistuvia. Ulkomaalaisten panos yksikön pyörittämisessä on merkittävä. Paikallisissa oli 3 vanhempaa kirurgian erikoistuvaa, ja 3 nuorempaa erikoistuvaa, jotka työllistyvät tehokkaasti, kun hoidettavana on 55-paikkainen traumaosasto, 10-paikkainen traumateho, 30 potilasta muilla osastoilla, päivystyksessä vaihteleva potilasmäärä, ja polilla 100 kävijää yhtenä päivänä viikossa pidettävällä traumapolilla. Apuna toki on 5 internia (vastavalmistuneet) ja joukko paikallisia sekä ulkomaalaisia opiskelijoita, mutta ilman ulkomaalaista lääkärivoimaa yksikkö tuskin pyörisi.

Barassa työskennellessä tulee astua Suomessa totutun kirurgin roolin ulkopuolelle, tai ainakin laajentaa näkökulmiaan rutkasti. Lääkärin tehtäviin totutun lisäksi kuuluvat mm. kaikki shokkihuoneen anestesiologiset toimet, tipan ja virtsakatetrin laitto, verinäytteiden otto, potilaskuljetukset kuviin, ja palovammapotilaiden alkupesä (scrub down). Leikkaussalissa kirurgin tulee olla paikalla siitä hetkestä lähtien, kun potilas saapuu saliin, valmistella leikkausalue poistamalla vanhat sidokset ja ajelemalla ihokarvat, asettaa potilaan leikkausasento, ja tarvittaessa virtsakatetri. Kirurgi jää leikkaussaliin aina toimenpiteen jälkeen siihen asti, kunnes potilas on siirtosängyllä, ja kirjoittaa leikkauskertomuksen käsin potilaskansioon. Jos potilas menee teholle, kirurgi seuraa potilasta, ja antaa tehon lääkäreille raportin.

Päivystin 9 kertaa kuussa, eli oikean päivystyslistan vuorojen lisäksi muutamia vapaaehtoisvuoroja, koska päivystysajalla oppi on parasta. Tavalliseen työpäivään ei kuulu juuri muuta kuin aamu- ja iltapäiväkierrot, raportti, ja mahdollisesti jokin meeting. Kerran viikossa oli röntgen-meeting, grand ward round -opetuskierto ja M&M-meeting. Tavallinen päivä oli yleensä 13.30 mennessä hoidettu, elektiivisen listan leikkaajalla saattoi mennä pidempään. Kerran viikossa pyöri erikoistuvien sali, jonne kerättiin viikon aikana ihonsiirteet, trakeostomiat, PEG-letkujen laitot, haavarevisiot, ja avanteiden sulut. Joskus ensimmäisenä työnä oli jotain isompaa, kuten kylkiluiden levytys tai laparotomia.

Traumatoimenpiteitä oli vaihtelevasti päivystysvuoron aikana, valitettavasti syyskuussa selvästi heinä-elokuuta vähemmän. Päivystyslaparotomioita oli n. 10/vk, torakotomioita 0-2/vk, sternotomioita 3kk aikana 3, kaulan eksploraatioita ja verisuonitoimenpiteitä molempia 6 koko aikana. Pääoperatöörinä tein 10 traumalaparotomiaa, yhden brachialis-transektion, yhden ensiaputorakotomian, laparoskooppisen palleapuukotuksen korjauksen, sekä useita yllä kuvailtuja pienempiä toimenpiteitä. Mieleenpainuvinta oli olla assistenttina sydämeen puukotuksen sternotomiassa, torakotomioissa, ja clamshelliin päätyneessä vertebralis-puukotuksessa.

Päivystysvapailla traumatologian professori Frank Plani pyysi silloin tällöin assisteeraamaan yksityiseen Union Hospitaliin. Etelä-Afrikassa yksityissairaalat tarjoavat samat palvelut kuin julkisetkin, eli Unionissakin oli tarjolla täysi traumapäivystys. Enimmäkseen assisteerausvuoroilleni osui osastolla olevien traumapotilaiden revisioita tai laparotomioiden relook-leikkauksia. Oli kuitenkin mielenkiintoista nähdä eroja julkisen ja yksityisen puolen toiminnan ja puitteiden välillä, vaikka trauman hoitoperiaatteet pysyivätkin samoina. Sain myös mahdollisuuden tutustua yksityisen Netcaren lääkintähelikopterin toimintaan, ja pääsin observerina lennoille 12-tunnin helikopteripäivystysvuorolla. Vuoron aikana kävi ilmi vakuutettujen potilaiden etuoikeutettu asema vakuuttamattomiin nähden, ja yläilmoista näkyi Johannesburgin kahtiajakautuneisuus kun toisaalla on slummeja silmäkantamattomiin, ja toisaalla hulppeita omakotitaloalueita uima-altaineen.

Baran parasta antia oli valmistavilla kursseilla läpikäydyn trauman kohtaaminen tositalanteessa, niin että toistoa pääsi todella syntymään. Vaikka englanti sujui varsin sujuvasti jo maahan mennessä, tuovat englanninkieliset lyhenteet ja niillä potilaan tehokas esittely aina lisähaastetta raportointitalanteeseen. Alussa oppiminen painottuu talon ja systeemin ymmärtämiseen sekä käytännön taitojen (eFASTin teko, Lodoxin käyttö, intubointi, CVK:t) kartuttamiseen. Hiljalleen pystyy hallitsemaan yhden potilaan lisäksi muutaman, ja lopulta hallinnoimaan koko 15-paikkaista resuskitaatiohuonetta, ja antamaan tilannepäivityksiä sali- ja takapäivystäjälle. Lisäksi tulee valvoa kävelevien potilainen trauma pittiä, ja auttaa internejä diagnostiikassa ja päätöksenteossa. Itsevarmuuden karttuessa omien taitojen suhteen olikin ilo puolestaan päästä opettamaan nuorempia lääkäreitä ja opiskelijoita.

Operatöörinä paras kokemus, ensiaputorakotomian lisäksi, oli viimeisen päivystyksen viimeisinä tunteina vatsaan puukotettu, jonka hoidin itse trauman sisääntulon ”punaiselta viivalta” laparotomian sulkuun saakka. Peritonistisessa vatsassa oli selkeät FAST-löydökset, laparotomiassa 1100ml hemoperitoneum, suolen ja meson reikiä. Olin iloinen, että takapäivystäjällä riitti luottoa, ja sain toimia tilanteessa itsenäisesti - hänelle riitti toimenpiteessä lyhyt kurkistus olan takaa.

Tästä kokemuksesta olisi kovin suppeaa sanoa, että lähdin oppimaan traumakirurgiaa Afrikkaan. Kyseessä on varsin kokonaisvaltainen kylvytys paikalliseen elämänmenoon, mentaliteettiin, ja kommunikaatioon. Mieleen jäävät lukuisat sydämelliset paikalliset ja kansainväliset kohtaamiset ja orastavat ystävyudet, joita ilman pitkät (28-30h), joskus mahdottomilta ja loputtomilta tuntuvat päivystysvuorot olisivat olleet jotain vielä hullumpaa. Loppupalautteen perusteella selvisin minulle asetetuista odotuksista, ja kiitollisena otin vastaan kutsun uudelle vierailulle tulevaisuudessa.

Kiitän Mikko Sunin säätiötä, Suomen Kirurgiyhdistystä, Suomen Traumatologiyhdistystä ja Suomen Yleiskirurgista yhdistystä apurahoista, jotka osaltaan mahdollistivat tämän unohtumattoman kokemuksen. Kirurgisten tietojen ja taitojen karttumisen lisäksi kotiintuomisina sain itsevarmuutta ripeään päätöksentekoon ja silmää monipotilastilanteiden hallintaan.

