

## Raportti

Leena Häivä-Mällinen

Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri

Iteten sairaala, Mbeyan alue, Konden hiippakunta

Tansanian matka 5.9.2009-1.11.2009, josta työjakso Itetessä 8.9.2009-16.10.2009

Työskentelin yllä mainittuna aikana Iteten sairaalassa hoitaen pääasiassa oman erikoisalani, naistentautien ja synnytysten, potilaita. Osallistuin päivittäin osastokiertoihin naisten ja lasten osastoilla sekä toimenpiteisiin poliklinikan toimenpidehuoneessa ja leikkaussalissa. Mennessäni Iteteen sairaalassa toimi myös suomalainen eläkkeellä oleva kirurgi, Jukka Kärki, kahden viikon ajan. Lisäksi sairaalassa toimii 4 vuoden ajan saksalainen yleislääkäri, Carina Dinkel, jonka vastuulla pääasiassa osastojen kierrot ja poliklinikan vastaanottotoiminta on. Hän oli kuitenkin kahden viikon koulutusjaksolla Dar es Salaamissa sinä aikana kun itse toimin sairaalassa. Tuon kahden viikon aikana hoidin myös vastaanottopoliklinikkaa. Swahilin kielen ja naisten ja lasten puhuman paikallisen kyasa-kielen osaamattomuuteni hankaloitti potilaiden kanssa kommunikointia. Tarvitsin aina paikallisen tulkin, koska aniharvat paikallisesta väestöstä osasivat englantia riittävän hyvin.

Sairaalassa toimii ylilääkäri Mwakalo, jolla oli kuitenkin paljon hallinnollisia tai muita poissaoloja ja hän osallistui kliiniseen toimintaan vaihtelevasti. Hänen koulutuksensa AMO (assistant medical officer) on pidempi kuin kolmen CO:n (clinical officer), jotka osallistuivat kiertoihin ja poliklinikan vastaanottotoimintaan myös. Aikana, jona joko Jukka Kärki tai itse toimin sairaalassa, varsinainen leikkaustoiminta kuului meille. Paikalliset "lääkärit" toimivat toisinaan assistentteina ja tuolloin operatiivisen puolen opetusta pystyi antamaan.

Synnytyssalin ja - osaston kättilöt ja hoitajat olivat taitavia ja hoitivat potilaat melko itsenäisesti. Pääasiassa synnytykset tapahtuvat kotisynnytyksinä tai kauempana neuvoloissa. Usein sairaalaan tullaan vasta, kun synnytys on pysähtynyt tai jokin on pielessä. Tästä syystä synnytyssalista otettiin usein yhteyttä minuun ajatuksella, että pitäisi tehdä keisarinleikkaus. Tehtyäni oman arvioni tilanteesta leikkaus ei useinkaan ollut välttämätön ja normaalia alatesynnytystä voitiin jatkaa. Havaitsin, että juuri näissä tilanteissa opettaminen ja eri vaihtoehtojen läpikäyminen henkilökunnan kanssa oli tarpeellista ja hyödyllistä. Käytössä olevien lääkkeiden niukkuus toki häiritsi synnytysten hoitamista länsimaiseen tyyliin. Esimerkiksi mitään kivunlievitystä ei synnyttäjälle ollut tarjolla.

HIV-positiivisten suuri osuus vaikutti myös synnytystapahtumaan. Pyrkimys on tehdä mahdollisimman vähän kajoavia toimenpiteitä sekä pyrkiä pitämään lapsivesikalvot ehjinä mahdollisimman kauan, jotta lapsen tartuntariski minimoitaisiin. Kansallisen PMTCT (= prevention of mother to child transmission) -projektin ansiosta suurin osa sairaalaan synnyttämään tulevista naisista oli testattu, mutta valitettavasti testihetken negatiivisuus ei taannut synnytyksen aikaista HIV-negatiivisuutta. Arviot HIV-positiivisten synnyttäjien osuudesta vaihtelivat 30 %:sta jopa 50 %:iin. Koska äidinmaidonvastikkeita tai luovutettua äidin maitoa ei ole saatavilla, myös HIV-positiiviset äidit imettävät lapsensa 6 kuukauden ikään saakka tartuntariskistä huolimatta. Huonokuntoisilla äideillä maidon erittyminen saattoi olla niukkaa. Pyynnöstäni kotisairaalaani toimitettiin myöhemmin kaksi käsikäyttöistä rintapumppua synnytysosastolle puolisoni toimesta.

Toin mukani Kajaanin Rotaryklubin lahjoittaman sikiön sydänäänien kuuntelulaitteen, joka otettiin kiitoksella vastaan. Sydänäänikäyräkoneita ei ole käytössä. Kättilöt kuuntelivat tätä ennen ääniä torvella. Dopplerlaite oli synnytysosastolla raskaana olevien kierrolla nyt mukana. Ymmärsin vasta Itetessä, että äidin hengissä pitäminen on prioriteetti eikä syntymättömän lapsen voinnin seurantaa pidetty lainkaan yhtä tärkeänä kuin esimerkiksi kotimaassamme. Lasten sydänääniä toki kuunneltiin silloin tällöin

synnytyksen aikana, mutta huomattavasti harvemmin kuin olisi tarpeen. Toisaalta jos sydänäänissä olisi tapahtunut äkillinen muutos, joka olisi edellyttänyt hätäleikkausta, lasta ei olisi ehditty pelastaa. Valitettavasti kiirettä ei Iteten leikkaussalissa tunnettu.

Synnytyspuolella opetus tapahtui hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden suuntaan kierrolla ja synnytyksien hoidon aikana, bed-side. Luento-opetusta en pitänyt eikä siihen olisi ollut oikein mahdollisuuttakaan.

Poliklinikan potilasvastaanotolta tuli päivittäin lukuisia konsultaatioita gynekologille. Katsoimme paikallisten kollegojen kanssa potilaita yhdessä ultraäänellä ja pyrin opettamaan tätä tekniikkaa. Tosin laitteet olivat hyvin huonokuntoisia ja näkyvyys huono. Esimerkiksi lapsettomuuspotilaita ilmaantui lukuisia pariskuntia. Tutkimus- ja hoitomahdollisuuden olivat hyvin niukat. Opin, että sairaalan laboratoriossa pystyttiin tekemään mm sperma-analyysi ja että lähikaupungin isommasta apteekista sai ovulaatiota indusoimaan klomifeenisitraattia. Nämä asiat olivat myös saksalaiskollegalle hyväksi opiksi jatkossa.

Paikallisilla clinical officereilla ja saksalaiskollegalla oli sinivihreä Tansanian hallituksen virallinen lääketieteellinen ohjekirja taskuissaan. Sen ohjeita noudatettiin pilkulleen. Jos ehdotin vaihtoehtoista hoitoa tai esim lääkkeen poikkeavaa annostelutapaa, sitä ei voitu hyväksyä koska sitä ei mainittu kirjassa. Esimerkkinä misoprostoli, joka oli Tansaniassakin tullut käyttöön erinomaisena synnytyksen jälkeisen runsaan vuodon hoitona. Sitä oli lupa kuitenkin annostella vain 3 tablettia suun kautta synnytyksen 3. vaiheessa. Tablettien annostelu rektaalaisesti nopeamman imeytymisen vuoksi herätti kummeksuntaa. Lisäksi synnytyksen käynnistämisen indikaatiossa misoprostoli oli kielletty. Samoin se oli kielletty keskenmenojen hoidossa. Se, että jotakin hyvää lääkettä olisi ollut tarjolla, mutta kansalliset säännökset estivät sen käyttöä, tuntui turhautavalta.

Viesti kulki, että paikalla on gynekologi, ja naisia tuli leikkauksia varten kiitettävästi. Usein esimerkiksi kohdunpoistoa oli ehdotettu jo vuosia aikaisemmin, mutta potilaalla ei ollut tarvittavaa summaa, jotta leikkaus voitiin maksaa sairaalalle. Nyt rahoituksen oltua valmiina, potilaita ilmoittautui. Lisäksi tein hätäleikkauksia kohdunulkoisten raskauksien repeytyttyä. Kahdessa tapauksessa shokkisella potilaalla runsas vatsansisäinen verenvuoto kerättiin leikkauksessa talteen metallikupeilla ja kaadettiin sideharson läpi trattiin ja lasipulloon ja siirrettiin takaisin potilaaseen. Molemmilla kerroilla tämä autotransfuusio pelasti naisen hengen, koska veripankkia ei ollut sairaalassa käytettävissä.

Leikkaussalissa oli kohtalainen välineistö instrumentteja ja leikkaustekstiilejä. Kaikki oli kulunutta, mutta riittävän hyvää leikkausten toteuttamiselle. Ommelmateriaalit olivat huonoja. Mukanani tuomat langat loppuivat nopeasti. Sairaalaan ilmeisesti lahjoitetaan paljon tavaraa, joka ei enää ole kelvannut alkuperäisessä sairaalassakaan. Esimerkiksi hyvin ohuet ommelaineet jäivät käyttämättä.

Suurin puute oli anestesia-lääkärin puuttuminen ja asianmukainen potilaan valvonta leikkauksen aikana. Vaihtoehtoisina anestesia-muotoina olivat anestesiahoitajan pistämä spinaalipuudutus tai yleisanestesia ketamiinilla. Hengityskoneita- tai kaasuja ei ollut. En myöskään nähnyt intubaatiovälineistöä. Potilailta seurattiin leikkauksen aikana ainoastaan verenpainetta automaattimittarilla ja tajunnantaso ja anestesian syvyyttä silmämääräisesti nukutuksissa. Monopolaarinen diatermialaite oli mahdollisuus saada leikkaukseen. Siihen oli tohtori Kärki virittänyt maadoituslevyn.

Sairaalan röntgenlaite oli mennyt rikki jo 6 kuukautta aiemmin eikä varaosia enää ollut saatavilla. Uuden koneen hankinta oli edessä, mutta rahoitus puuttui. Lukuisien trauma- ja murtumapotilaiden, keuhkokuumeiden jne kannalta röntgen olisi välttämätön.

Leikkaustoimintaa ajatellen perusinstrumenttien uusiminen ja potilaan valvontalaitteiston ajanmukaistaminen olisivat ensisijaisia. Instrumenttien ja leikkaustekstiilien sterilointi lienee myös vanhakantaista ja alkeellista. Postoperatiivisen seurannan ja ICU-osaston tarve tuntuu näiden rinnalla

toisarvoiselta. Potilaiden postoperatiivinen seuranta tapahtuu Itetessä vuodeosastoilla. Kriittisemmät naispotilaat seurattiin leikkauksen jälkeen synnyttäjien osastolla, koska hoitajan kanslia oli lähempänä fyysisesti kuin naisten yleisellä osastolla. Toisinaan potilaan verenpaineen seuranta, virtsamäärien seuranta tai drenieritystä piti painottaa, jotta lukemat myös asianmukaisesti kirjattiin. Määräykset kontrolloida hemoglobiini leikkauksen jälkeisenä päivänä tai etsiä sopivaa sukulaista verta luovuttamaan, toteutuivat vaihtelevasti.

Kirjanpitiöni mukaan tein 8 isoa ja 4 pienempää laparotomiaa, 8 keisarinleikkausta ja lukuisia kaavintoja. Toimin assistenttina muutamassa kirurgi Kärjen leikkauksessa. Lisäksi teimme yleislääkärin kanssa palovamma- ja traumapotilaille ihonsiirtoja.

Koen olleeni oman erikoisalani operaatioiden toteuttamisessa hyödyllinen. Potilaiden muiden perussairauksien suhteen aika riitti vasta alkeiden oppimiseen.

Sekä koko henkilökunta että paikalliset ihmiset, potilaat, olivat erittäin ystävällisiä ja sydämellisiä. En kokenut minkäänlaisia ennakkoluuloja valkoista ihonväriäni kohtaan. Henkilökunta oli tiedonhaluista, mutta myös tarkka noudattamaan säädöksiä eli uudistusten omaksuminen lienee vaikeaa.

Kommunikointi henkilökunnan kanssa onnistui englannilla, mutta potilaiden kanssa tulkki oli välttämätön. Valkoisia lääkäreitä arvostetaan paljon.

Pyydettyjä arvioita prosentteina en kykene antamaan. Opetus toteutui pääasiassa mielipiteiden vaihtona kierroilla ja poliklinikalla tai leikkaussalissa potilaita hoitaessa/tutkiessa.

Iteten sairaalan ylilääkäri on vaihtumassa. Taloudellinen ahdinko piinaa sairaalaa. Henkilökunnalla oli 2 kuukauden palkat saamatta sen jakson aikana, jona siellä toimin. Silti he jaksoivat olla iloisina töissä.

Valtion sairaalat ovat huonomaineisempia korruption vuoksi, mutta niissä palkkaus olisi henkilökunnalle turvatumppaa. Toivon omalta osaltani, että Iteten sairaala pysyy toiminnassa ja rahoitus toiminnan pyörittämiseksi järjestyy.

Maakunta ja luonto on kaunista, ihmiset sydämellisiä ja avuliaita. Sairaalan henkilökunnasta muutaman naisen kanssa ystäväystyini niin, että kirjeenvaihto tulee jatkumaan kauan. Koen, että päätös hakeutua Tansaniaan RDBF:n kautta töihin, oli erittäin kannattava ja suositeltava muillekin alani kollegoille.

Kajaanissa 9.11.2009

Leena Häivä-Mällinen  
Synnytysten ja naistentautien erikoislääkäri  
Apulaisylilääkäri KAKS  
Partiokatu 14 A, 87500 Kajaani  
040-5464374  
haivallinen@yahoo.com

Olen käynyt kertomassa matkasuunnitelmastani jo etukäteen Kajaanin Rotaryklubin kokouksessa samalla, kun kiitin saamastani lahjoituksesta eli sikiön sydänäänien kuuntelulaitteesta. Olen tarpeen mukaan käytettävissä edelleen. Aviopuolisoni on samassa Iteten sairaalassa parasta aikaa ja hänellä on kannettava tietokoneemme, jossa valokuvamateriaalini on. Tästä syystä kumpikaan ei voi esittää matkakertomusta ennen hänen paluutaan.

Yhteystietoni ovat raporttini lopussa.  
Leena Häivä-Mällinen