



**Mari Fihlman**

LT, erikoislääkäri, lasten anestesiologian ja tehohoidon erityispätevyys  
Totek, Tyks  
mari.fihlman@tyks.fi

# Operation Smile

– lastenanestesiologina maailmalla





Ghanan anestesiatiimi.  
Mari Fihlman, 2019.

**Operation Smile (OS) on vuodesta 1984 toiminut järjestö, joka toimii lahjoitusvaroin ja sponsorisopimuksilla. Järjestön perustivat yhdysvaltalainen plastiikkakirurgi Bill Magee Jr ja hänen vaimonsa, sairaanhoitaja Kathy Magee. He matkustivat Filippiineille mukanaan ryhmä lääketieteellisiä vapaaehtoisia. Ryhmän tarkoituksena oli tarjota ilmaista korjaavaa kirurgiaa huuli- ja suulakihalkiosta kärsiville lapsille.**

**A** lun pienimuotoisesta toiminnasta on kehittynyt vuosien saatossa maailmanlaajuinen verkosto, ja OS toimii tällä hetkellä yli 30 maassa. Järjestön piirissä työskentelee yli 6000 lääketieteellistä vapaaehtoista 60 eri maasta. OS on poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton.

Nykyään järjestön toiminta ei enää keskity pelkästään korjaavaan kirurgiaan, vaan potilaille tarjotaan kokonaisvaltaista hoitoa. OS tarjoaa potilaille ja heidän perheilleen myös hammas- ja oikomishoitoa, ravitsemus- ja puheterapiaa sekä psykososiaalista tukea. Tärkeässä osassa on myös paikallisten kouluttaminen: järjestö kouluttaa potilaiden hoidon ohessa paikallisista nuorista lääkäreistä osaavia plastiikkakirurgeja ja anestesiaalääkäreitä. Kaiken tämän mahdollistamiseksi OS toimii ympärivuotisesti 27 keskuksessa 18 eri maassa, ja pitkän tähtäimen tavoitteena on saada pysyvä keskus kaikkiin maihin, joissa järjestö tarjoaa hoitoa huuli- ja suulakihalkiopotilaille.

Itse kuulin järjestön toiminnasta suorittaessani SSAI:n järjestämää lastenanestesiologian ja tehohoidon erityispatenttikurssia. Ruotsalaiset ovat tälläkin saralla meistä pohjoismaalaisista valvetuneimpia: maassa toimii aktiivisesti Operation Smile:n toimisto, joka kerää lahjoitusvaroja ja lähettää pohjoismaalaisia vapaaehtoisia >>



Kuvassa kenialainen lastenanestesiologi Suzanne ja veljekset, joilla molemmilla on suulakihalkio ja he toivovat pääsevänsä toimenpiteeseen. Mari Fihlman, 2019.

maailmalle. Vapaaehtoiseksi värväytyminen ei ole kovinkaan vaikeaa, tarvitaan vain asianmukaiset tutkintotodistukset englanniksi ja muutama suosittelija sekä suoritettu ja voimassa oleva Pediatric Advanced Life Support (PALS) -kurssi. Viimeksi mainittu aiheutti omalla kohdallani suurimman päänvaivan, koska kyseistä kurssia on Suomessa tarjolla hyvin rajallisesti. Kun viimein sain kurssin suoritettua loppuvuodesta 2018, pääsinkin melko nopeasti ensimmäiselle keikalleni OS:n riveissä. Kohdemaaksi paljastui Ghana, ja siellä pikkukaupunki nimeltä Ho. Erittymisen jännittävää lähtemisestä teki se, että sain pari viikkoa ennen lähtöä tietää olevani melko suuren vapaaehtoisryhmän ainut eurooppalainen.

Tyypillinen OS:n järjestämä missio on pituudeltaan 7–14 päivää, joka on perheellisellekin varsin kohtuullinen aika olla poissa kotoa. Jär-

jestö on vuosien saatossa kouluttanut niin paljon paikallisia terveydenhuollon työntekijöitä, että osa missioista on niin kutsutusti paikallisia ja osa kansainvälisiä. Paikallisissa missioissa pyritään haalimaan mahdollisimman suuri osa vapaaehtoisista omasta maasta, mutta ainakin osa lastenanestesiologeista ja plastiikkakirurgeista on yleensä tuotava kauempaa. Kansainväliset missiot ovat yleensä suurempia, pidempiä ja niissä panostetaan ryhmän yhteishengen ja yhteisöllisyyteen erityisen paljon.

Järjestö maksaa vapaaehtoisten matkat ja majoituksen, mutta palkkaa tehdystä työstä ei makseta. Vapaaehtoisten täytyy lisäksi maksaa 500 dollaria omasta ylläpidostaan matkan aikana, paitsi jos on tehnyt yli 20 keikkaa tai lähtee matkaan lyhyellä varoitusajalla hälytettynä. Me pohjoismaalaiset olemme etuoikeutetussa asemassa

sillä Ruotsin OS maksaa omien vapaaehtoisten-  
sa ylläpidon. Itselle jää maksettavaksi ainoastaan  
mahdollinen viisumi, ja tarvittavat rokotukset.

Lentoni saapui Ghanan pääkaupunkiin Accraan myöhään illalla ja maahantulotarkastus olikin kokemus. Tunnin jonottamisen jälkeen otettiin sormenjäljet ja valokuva sekä kyseltiin tarkkaan, millä asioilla olin maahan saapumassa. Kun vihdoinkin pääsin etsimään matkalaukkujani lentokentän kaaoksesta, kostea kuumuus löi päälle ja olin tukehtua farkuissani. Löysin tungoksesta kaksi järjestön työntekijää, joiden kanssa jatkoimme hotellille. Vapaaehtoisten ryhmä yöpyi Accrassa ennen seuraavan päivän siirtymistä kohdekaupunkiin. Yöllä mietin, mihin ihmeeseen olen itseni järjestänyt ja mitähän tästä mahtaa tulla.

Aamulla suuntasin ohjeiden mukaan aamupalalle. Olin varmasti eksyneen näköinen, sillä nopeasti kaksi vanhempaa yhdysvaltalaista naista otti minut siipiensä suojaan. Toinen esittäytyi olevansa missiomme ”clinical coordinator” (CC) eli hoitajaryhmän johtaja ja toinen oli potilasasiakirjoista vastaava - molemmat konkareita järjestön tehtävissä. Sain esittelyt myös anestesiaryhmän tiiminjohtajalle ja useammalle eri kansallisuuksia edustavalle plastiikkakirurgille.

### Tärkeässä osassa on paikallisten kouluttaminen.

Matka kohti Ho-nimistä kaupunkia alkoi. Bussimatkaksi sain viereeni yhdysvaltalaisen pediatrin, joka oli vuosia tehnyt vapaaehtoistyötä järjestön riveissä. Mike oli kiinnostunut Pohjoismaiden yhteiskuntarakenteesta ja kymmenen päivän ajan hän istui jokaisella bussimatkalla vieressäni, keskustellen milloin terveydenhuollosta,

milloin sosiaalietuuksista Pohjoismaissa. Meistä tuli hyviä ystäviä, vaikka myöntää täytyy, että olin välillä varsin uupunut selittämään englanniksi, miten yhteiskuntamme pyörii päivästä toiseen.

Perillä asetuiimme hotelliin, ja sain huonetoverikseni Reginan, kenialaisen leikkaussalisairaanhoidajan. Korva tottui nopeasti murteeseen ja pian tulimme jo hyvin juttuun. Ensimmäisenä päivänä tutustuimme toisiimme, ja saimme paljon ohjeita ja informaatiota seuraavana päivänä alkavaa urakkaa varten. Pidimme myös ammattiryhmittäin pientapaamiset ja oman ryhmäni johtaja Dave osoittautui erinomaiseksi johtajaksi. Hän ohjeisti meitä yksityiskohtaisesti, miten toimia seuraavien päivien potilasmassan läpikäymisessä ja myöhemmin lapsia nukuttaessa. Meitä anestesia-  
lääkäreitä oli viisi ja lisäksi kaksi anestesia-  
sairaanhoidajaa, joilla oli lupa nukuttaa potilaita itsenäisesti. Kokonaisuudessaan vapaaehtoisjoukkioon kuului 95 henkilöä. >>



Kuvassa näkyy kahden pöydän asetelma samassa salissa. Mari Fihlman, 2019.

Seuraavana päivänä alkoi urakka: reilusta kahdesta sadasta ehdokkaasta piti valita leikatavat potilaat. Vaikka tilanne vaikutti suuren ihmismäärän vuoksi kaoottiselta, oli kaikki hyvin organisoitua. Potilaat aloittivat pisteeltä, jossa kirjattiin henkilötiedot ja annettiin mukaan kansiot. Kansioiden kanssa potilaat kiersivät järjestyksessä hoitajien pisteen, pediatrien pisteen, ja kirurgien pisteen, jossa arvioitiin, millaisen toimenpiteen kukin potilas tarvitsee. Anestesiälääkärit arvioivat nukutuskelpoisuuden ja ravitsemusterapeutit sekä puheterapeutit tekivät oman arvionsa. Lopuksi vielä hammaslääkäri arvioi, tarvitaanko tulevaisuudessa toimenpiteitä hampaiston suhteen. Näiden arvioiden perusteella valittiin potilaat, jotka pääsevät toimenpiteeseen.

Priorisointi oli hyvin selvää: ykkösprioriteettia edustivat primäärihuulihalkiot ja kakkose-

na tulivat primäärisuulakihalkiot. Nuoremmat potilaat kiilasivat vanhempien edelle. Jos tilaa jäi, voitiin leikata jopa jokunen aikuispotilas.

Me muut purimme paikalle kuljetetut välineet ja kalustimme leikkaussalit. Saimme lainata paikallisen sairaalan leikkaussaleja, mutta kaikki muu tiloja lukuun ottamatta tuli järjestöltä. Anestesiahoitajia ei ollut, joten jokainen anestesiälääkäri oli vastuussa oman työpisteensä järjestämisestä ja varustamisesta. Oli mielenkiintoista nähdä mitä laatikoista paljastui ja millaisia välineitä ja lääkkeitä oli tarjolla. Anestesiakone (jos sitä sellaiseksi voi kutsua) oli pienoinen järkytys; lääkevalikoima sen sijaan positiivinen yllätys. Meillä oli käytössämme kolme salia ja kuusi pöytää, eli tarkoituksena oli leikata kahdella pöydällä per sali. Tämäkin tuntui aluksi erikoiselta, mutta järjestely osoittautui monessakin mielessä toimivaksi.

Salien varustelun jälkeen pääsimme viettämään iltapäivää paikalliselle joenrantakerholle. Oli mukavaa syödä, juoda ja ottaa aurinkoa jo tiiviiksi muodostuneen porukan kanssa. Kävimme myös lyhyellä jokiristeilyllä katselemassa paikallista luontoa, ja aurinkorasvalla läträämisen aiheutti huonetoverissani Reginassa ihmetystä.

Ensimmäinen leikkauspäivä alkoi aikaisin, heti seitsemän jälkeen. Minun lisäksi tiimissä oli vain yksi lastenanestesiologi, kenialainen Suzanne. Meidät oli sijoitettu hoitamaan saman salin kahta pöytää ja meille oli suunniteltu kaikkein pienimmät potilaat. Potilasvalintaa tehdessä vähimmäispainoksi oli asetettu 4 kg ja moni yli vuodenkin ikäinen potilas painoi vain juuri ja juuri tämän yli. Seuraavien päivien aikana opin Suzannelta valtavasti, ja tajusin, miten itsestään selviä asioita ei tule ajatelleeksi, kun on tottunut työskentelemään ympäristössä, jossa saatavilla ovat kaikki mahdolliset mittarit ja lääkkeet.

Kaikki lapset nukutettiin sevofluraanilla maski-induktiolla. Avustavaa henkilökuntaa ei ollut, joten autoimme Suzannen kanssa toisiamme induktioissa, vaikka toisen pöydällä usein jo nukkui lapsi. Ennen intubaatiota lapset saivat hieman fentanyyliä ja propofolia ja kaikille potilaille annettiin kefuroksiimia, deksametasonia, ondansetronia ja minulle ennestään tuntematonta opioidia nalbuphina. Suulakihalkio-potilaille annettiin lisäksi traneksaamihappoa. Hätätilanteiden varalta piti käden ulottuvilla olla koko ajan suksametonia, atropiinia ja adrenaliinia. Lääkkeitä käytettiin hyvin säästeliäästi:



Maskianestesia ilman avustavaa henkilökuntaa. Mari Fihlman, 2019.

ruiskuun vedettiin vain potilaan tarvitsema määrä ja jatkettiin samasta ampullasta seuraavalle potilaalle. Nesteenä oli Ringer-tyyppinen soke-riton liuos, jota annoimme Daven ohjeen mukaan 20–40 ml/kg toimenpiteen aikana. Monitorointi oli hyvällä tasolla: meillä oli mahdollisuus seurata EKG:tä, verenpainetta, happisaturaatiota, uloshengityksen hiilidioksidia ja potilaan lämpötilaa. Respiraattoria ei ollut, vaan anestesiakoneena toimi sevofluraanihöyrystin, ja suoraan pulloista virtaava 100 % happi. Potilaiden piti siis hengittää spontaanisti eikä ”low-flow”-anestesiaista ollut tietoaakaan. Kaasu poistui näppärästi seinään tehdyn reiän kautta. Voitte uskoa, että sevofluraania kului paljon ja alun kompastuskiveni olikin se, etten koskaan muistanut täyttää kaasupönttöä. Postoperatiivista kipua hoidettiin myös joh-topuudutuksilla, jonka laittoi välillä kirurgi itse ja välillä me anestesia lääkärit.

**Järjestö maksaa vapaaehtoisten matkat ja majoituksen.**



Lapset oli usein puettu parhaimpiinsa potilaiden valintapäivänä. Mari Fihlman, 2019.

Potilaan nukkuessa piti valmistella seuraava anestesia. Lääkkeet, nesteet, intubointi ja kanylointivälineet, oikean kokoinen maski ja laryngoskoopin pesu -kaikki piti hoitaa itse ja sivussa valvoa anestesiaa ja täyttää anestesiaaavaketta. Olen aina inhonnut monitoreiden piippausta, mutta Ghanassa opin valvomaan anestesiaa pelkästään kuuntelemalla piippauksen sävyä ja nopeutta.

Yllättävää kyllä kaikki sujui erinomaisen hyvin ja ongelmia oli vähän. Kohdalleni osui yksi vaikea intubaatio, jonka Suzanne hoiti painamalla potilaan kunkunpäättä niin voimakkaasti alas päin, että minua hirvitti. Yksi hyvin pieni potilas sai pahan bronkospasmin induktiossa ja tuskailin inhaloitavien lääkkeiden puutetta. Suzanne tuhahteli minulle ja käski antaa hieman adrenaliinia. Niinpä, hetken päästä keuhkot kuulostivat erinomaisen hyviltä ja uskalsin ekstuboida potilaan. Potilaat ekstuboitiin ehdottoman hereillä, joten larynksspasmeja ei esiintynyt. Yllättäen ei myöskään jälkivuotoja, vaikka potilaat välillä yskivät ja kakoiivat putkea. Heräämöhoidosta vastasi pediatri ja osastolla oli toinen pediatri valvomassa jatkohoitona.

>>



Työpisteeni. Mari Fihlman, 2019.



Alkutarkastus ennen saliin menoa. Mari Fihlman, 2019.

Leikkauspäivät olivat pitkiä ja töitä tehtiin, kunnes lista oli viety läpi. Pisin päiväni kesti aamuseitsemästä iltayhteentoista, jona aikana sali ei seissyt hetkeäkään. Ensimmäisen leikkauspäivän jälkeen olin niin väsynyt, että epäilin, selviänkö seuraavasta päivästä. Mutta asiat muuttuivat helpommiksi ja hommat alkoivat sujua rutiinilla. Tavoitteenamme oli leikata viiden päivän aikana 150 potilasta. Muutama toimenpide jouduttiin perumaan, joten loppusaldomme oli 138 leikkausta neljässä ja puolessa päivässä, kuudella pöydällä.

Viimeisenä päivänä ennen kotiinlähtöä kävimme tervehtimässä perheitä läheisellä koululla, johon heidät oli majoitettu. Oli liikuttavaa, kun vanhemmat kävivät kiittelemässä meitä ja vain muutama päivä sitten leikatut lapset leikkivät ulkona tyytyväisinä. Vaikka kuluneen kahden viikon aikana olin hetkittäin miettinyt, oliko fiksua lähteä yksin tuntemattomassa porukassa Afrikkaan anestesoimaan lapsia, joiden sairaushistoria oli vajavaisesti tunnettu, totesin lopulta, etten reissuun lähtiessäni ollut ymmärtänyt, miten paljon työskentely tämän kaltaisessa projektissa antaa myös itselle. Sen lisäksi, että olin päässyt auttamaan vähäosaisempia lapsia tekemällä juuri sitä, mihin minut on koulutettu, opin tuntemaan valtavasti hienoja ihmisiä eri maista.

Puolen vuoden kuluttua sain mahdollisuuden lähteä uudelleen reissuun. Tällä kertaa määränpää oli Ecuadorin pääkaupunki Quito, joka sijaitsee vuoristossa noin 3000 metrin korkeudessa. Matkaseuraksi sain kolme ruotsalaista sairaanhoitajaa ja matkanteko sujui rattaosasti. Kyseessä oli tällä kertaa pienempi paikallinen missio ja meitä ulkomaalaisia oli vähän. Suurimmaksi haasteeksi osoittautui kielitaito, koska valtaosa paikallisista ei osannut englantia ja me emme puhuneet espanjaa. Toimimme tällä kertaa hienossa ja uudessa sairaalassa, jonka byrokratia toi mukanaan omat ongelmansa. Muuten homma pyöri samalla rutiinilla kuin Ghanassa. Asioiden organisointi ja johtaminen olivat tosin Latinalaisen Amerikan tapaan hieman kaoottisia ja olinkin kiitollinen Ghanassa saamistani opeista. Minut laskettiin yhden aiemman mission perusteella jo konkariksi, ja ensimmäisenä leikkauspäivänä luokseni tuotiin paikallinen erikoistuva lääkäri Gabriela, jolle minun tuli opettaa lasten nukuttamista. Välissä oli jälleen se kuuluisa kielimuuri, mutta jotenkin tästäkin selvitettiin. Viikon päätteeksi Gabi oli opinut sen verran englantia ja minä espanjaa, että työskentelimme jo yhdessä melko saumattomasti.



Ecuadorin salitiimi, edustettuna Suomi, Ruotsi, Meksiko, Bolivia ja Ecuador. Mari Fihlman, 2019.

Ecuadorissa korostui hyvin vahvasti väestön eriarvoisuus. Osa väestöstä oli hyvin rikasta, ja tarjolla oli länsimaiden tasoista hoitoa hienoine sairaaloineen. Toinen osa väestöstä eli peltihökkelilummeissa vuoren rinteillä vailla minkäänlaista terveydenhuoltoa. Jotkut leikkauksiin tulevista lapsista elivät paikallisten kertoman mukaan viidakossa, ja osa vuoristossa. Ihmettelin ääneen monen lapsen korkeaa hemoglobiinipitoisuutta, joka lähenteli usein kahta sataa. Minulle todettiin lakonisesti, että nyt ei olla merenpinnan tasossa.

Ecuadorin jälkeen olin taas monta uutta ystävää ja kokemusta rikkaampi, ja olin jo lähdössä kolmannen kerran maailmalle, kun korona pysäytti kaiken. Lentoliput Dominikaaniseen tasavaltaan jäivät käyttämättä ja reissun peruuntuminen harmitti vietävästi. Operation Smile joutui pandemian takia keskeyttämään toimintansa lähes täysin kahdeksi vuodeksi, mutta nyt toimintaa ollaan pikkuhiljaa herättelemässä henkiin. Joulukuussa tarjoutui jo paikka Egyptiin, mutta tuolloin en harmikseni voinut lähteä. Toivon alkaneen vuoden aikana pääseväni osallistumaan taas ainakin yhteen missioon.

Jos järjestön toiminta alkoi kiinnostaa, tutustu ihmeessä Operation Smile -nettisivuihin tai kysele minulta lisätietoja. Vapaaehtoiseksi voivat lähteä muutkin kuin lastenestesiologit, mutta tietenkään lasten nukuttaminen ei voi olla kovin kaukana omalta mukavuusalueelta. Missioilla on kuitenkin aina mukana kokeneita kollegoita, joilta saa apua ja neuvoja tarvittaessa. ■