

Sari Pyhälä

Anestesiahoitaja

HUS, HYKS, ATeK, Töölön sairaala, OLS

VENEAJELUA JA UUSIA TUULIA BUDAPESTISSA – matkaraportti Anestesiahoitajien maailmankongressista (WCNA2018) 18.-20.6.2018

Olipahan reissu. Intensiiviset kolme kongressipäivää, tervetuloivotuksesta viimeisiin aplodeihin päätöspäivänä. Vanhan osaamisen vahvistamista, erilaisia käytäntöjä maailmalta sekä ajatuksia ja tunteita herättäviä puheita ja luentoja. Pohjoismaisia tuttuja vuosien varrelta sekä uusia yhteyksiä maailmalle.

Osallistuin vuonna 2016 Anestesiahoitajien maailmankongressiin ja jo pian sieltä kotiin palattuani päätin mahdollisuuksieni mukaan osallistua myös seuraavaan järjestettävään maailmankongressiin. Ensimmäinen ulkomainen kongressivierailuni (WCNA2016 Glasgow) meni pääosin omaa NOKIAS2016- kongressia promovoidessa, mutta kansainvälisen kongressin ilmapiiri – sadat saman ammatin ja tavoitteen jakavat ihmiset ympäri maailmaa kokoontuneina yhteen - imaisi välittömästi mukaansa. Eikä Budapest maailmankongressin pitopaikkana millään lailla latistanut osallistumisintoani, pikemminkin päinvastoin. Vanha ja kaunis kaupunki, joka lisäksi oli helposti saavutettavissa niin etäisyytensä kuin hintojensa puolestakin.

Aloitin matkan suunnittelemisen reilusti vuotta ennen kongressin ajankohtaa: selvitin tiedot hotellien, lentojen ja osallistumismaksun hinnoista ja tein kustannusarvion apurahahakemusta varten. Apurahahakemuksen tekeminen ei sinällään ollut kovin hankalaa tai aikaa vievää: kongressimatkan kustannusarvion lisäksi tarvittiin vain tieto muusta suunnitellusta rahoituksesta (työnantajan osuus, mahdolliset muut haettavat/myönnetyt apurahat ja oma osuus), kongressin tieteellinen ohjelma ja hyvät perustelut apurahahakemukselle.

WCNA2018 tieteellinen ohjelma oli laaja ja mielenkiintoinen. Jo etukäteen ohjelmaan tutustuessa oli syntyä valinnan vaikeus: niin monta mielenkiintoista luentoa samaan aikaan. Paikan päällä Budapestissa ohjelmakirja tuli selattua hiirenkorville ja järjestäjien käyttöönottama Smart Events-aplikaatio oli kokoaikaisessa käytössä. Smart Events osoittautui erinomaiseksi tavaksi esitellä muun muassa luennot ja luennoitsijat sekä antoi mahdollisuuden arvostella luennon antia välittömästi.

Luentoja vietiin läpi neljässä eri tilassa (workshopit viidennessä), mutta ne olivat lähekkäin ja lopulta ennakkoepäilyistä huolimatta olikin yllättävän helppoa olla oikeaan aikaan oikeassa paikassa ja kuulemassa ne itseään eniten kiinnostavat esitykset.

Luennoitsijat olivat pääsääntöisesti rutinoituneita esiintyjä ja onnistuivat vangitsemaan kuulijan mielenkiinnon ”sudenkuoppahetkinäkin”. Suurimmassa osassa esityksiä luennoitsija luotti aiheensa kantavuuteen, mutta takuuarman huomion saivat hollantilaisen anestesiahoitajan hullunkuriset aiheeseen liittymättömät kuvat keskeyttämässä esitystä ja keräämässä kuulijoiden mahdolliset harhailevat ajatukset takaisin raiteilleen sekä ruotsalaislääkärin vaikea ilmatie-luennon päättänyt take home-message laulaen ja kitaralla säestäen.

Jokaisen kuunteleman luenton aikana niin minun kuin muidenkin kuulijoiden päät nyökyttelevät ”tuttua tilannetta”, riippumatta siitä oliko päänheiluttaja pohjoismaista, Euroopasta, Yhdysvalloista tai Aasiasta ja viimeistään luennon jälkeen muistiinpanovihko täyttyi vinkkisanoista ja kommentteista mikä kuulemastani voisi olla esille nostettavaa.

Ensimmäisen päivän vaikean ilmatien hallinnan luennoilla korostettiin preoperatiivisen arvioinnin tärkeyttä, vaikeaan ilmatiehen varautumista sekä hätätilanneosaamista. Huolimatta luennoitsijoiden mielipiteiden vaihtelusta joka kertaisesta videolaryngoskoopin käytöstä muutamaan sallittuun perinteisen intubaation yritykseen, jokaisen avainohje vaikean ilmatien hallintaa varten oli mielenrauhan säilyttäminen, järjestelmällinen työskentely, avun pyytäminen tarvittaessa ja sujuva tiimityö. Vaikea ilmatie pitäisi ymmärtää muunakin kuin vaikeana intubaationa ja jokaisen ekstubaation pitäisi olla rutiinistaan huolimatta suunniteltu.

Toisen kongressipäivän ja kivunhoidon teeman aluksi IFNA:n presidentti Jackie Rowles luennoi opioidikriisin synnystä Yhdysvalloissa, pohti sen kivunhoidollista ja historiallista taustaa ja opioidien aiempaa monoterapeuttista käyttöä (”When all you have is a hammer”) sekä kertoi nykypäivänä käytettävissä olevista multimodaalisen kivunhoidon keinoista. Poikkeuksellista tietämääni vallitsevaan suomalaiseen tapaan oli yrtti- ja homeopaattisten valmisteiden sekä erilaisten manipulaatiohoitojen käyttö osana multimodaalista kivunhoitoa perinteisten kipulääkkeiden lisäksi. Jackie Rowles painotti, että sen ohessa, kun potilaan kipua hoidetaan asianmukaisesti erilaisin käytettävissä olevin keinoin ja arvioidaan kipulääkkeiden määrää ja tarvetta säännöllisesti, tulee myös pohtia potilaan kivunhoidon odotukset ja keskustella niistä realistisesti.

Opioidivapaa-anestesia nousee vuosi toisensa jälkeen esille, niin kansainvälisten kongressien luennoilla kuin julkaisuissakin. Tällä kertaa opioidivapaasta anestesiasta ja kivunhoidosta puhui amerikkalainen anestesiahoitaja John Maye, jonka kivunhoidon motto oli: ”If you can block it, block

it". Opioidien käytön välttämistä hän perusteli monista eri näkökulmista niiden aiheuttamien hankalien vaikutusten takia (muun muassa suorat vaikutukset neuroneihin). Hän kehotti muistamaan huonosti hoidetun akuutin kivun johtavan helposti kivun kroonistumiseen ja nosti tärkeänä asiana esille ennakoivan ja multimodaalisen kivunhoidon vaikutukset postoperatiivisen kivun, komplikaatioiden ja opioidien käytön vähentämisessä samalla kun toipuminen, sairaalassa oloaika ja potilaan tyytyväisyys lisääntyvät. Vaikka kivunhoito maailmanlaajuisesti on melko samanlaista multimodaalisine periaatteineen ja puudutusten/perifeeristen blokkien hyödyntämisineen, ilahduin kuullessani muutaman itselleni aiemmin tuntemattoman käytännön. Yhdysvalloissa on tapana käyttää ketamiinin kanssa menestyksekkäästi magnesiumia tehostamaan kivunhoidollista vaikutusta ja leikkauspotilaiden kivunhoidon tueksi voidaan aloittaa gabapentiini 2-3 päivää ennen leikkausta ja jatkaa sitä 3-4 päivää leikkauksen jälkeen.

Tanskalainen anestesia lääkäri Bitten Dybdal kertoi kokemuksestaan kivunhoidon strukturoidun mallin luomisessa ja sen siirtämisestä osaksi yksikkönsä käytäntöä ja arkea. Luodun mallin avulla heidän yksikkönsä kivunhoito on standardoitua toimintaa, jossa potilaat ovat yhdenvertaisia, mutta kuitenkin yksilöitä kivunhoidon erilaisine tarpeineen ja lähtötilanteineen. Mallin luomisen prosessi oli ollut pitkäjänteistä toimintaa ja kuten aina, myös muutosvastarinnan sävyttämää. Kuitenkin siirtyminen käyttämään vakioitua mallia toi merkittäviä hyötyjä kivunhoidon laadun tasaantumisen lisäksi myös muun muassa potilaiden aikaisempaan mobilisoitumiseen ja sairaalassa oloajan lyhenemiseen. Tohtori Dybdal painotti kuitenkin, että vakioitukin malli kaipa säännöllistä seurantaa ja aika ajoin myös päivittämistä olosuhteiden muuttuessa. Varmasti monessa suomalaisessa leikkausyksikössä on jo käytössä vastaavanlainen kivunhoidon strukturoitu malli, mutta omaan työhöni luento toi uutta merkitystä. Minkä tahansa hoitotyön käytännön voisi vakioida samalla tavoin kuin Tanskassa on tehty kivunhoidon mallin luomisessa. Just do it (kuten luennon nimikin kuului)!

Viimeisen päivän luennot keskittyivät potilasturvallisuus- ja laatuasioihin. Mari Saanisto luennoi potilaan yksityisyydestä leikkausosastolla ja sai varmasti heräteltyä monen kuulijan pohtimaan yksityisyyttä ja sen rajoja uudella tavalla. Ainakin itselleni tämä luento (jälleen) oli hyvä herätys pohtimaan vaikkapa omaa tapaani kohdata potilas hänen saapuessaan leikkaukseen.

Anestesiahoitaja ja AANA:n (American Association of Nurse Anesthetists) tutkimusosaston johtaja Lorraine Jordan puhui teema-alueen toisessa luennossa erilaisista keinoista ehkäistä anestesiasta johtuvia virheitä. Luento oli erittäin mielenkiintoinen, varsinkin kun hän oli rakentanut ison osan luennostaan potilastapausten varaan. Tapaus kerrallaan hän kävi läpi potilaskertomuksen pääkohdat, anestesiatoiminnasta aiheutuneet komplikaatiot ja niiden tutkinnan ja sen mitä olisi

voinut tai pitänyt tehdä toisin, että komplikaation olisi kenties voinut ehkäistä. Kuuntelin ja ihmettelin, kuinka koulutuksen ja työnkuvan erilaisuudesta huolimatta me painimme aivan samankaltaisten tilanteiden – muun muassa kiireen ja huonon tiedonkulun aiheuttamien virhetilanteiden - kanssa.

Maailmankongressissa oli tälläkin kertaa yli 60 posteria ja vapaita suullisia esityksiä varmasti toinen mokoma. Suomesta mukana oli yksi esitys, mutta postereita katsellessani ja lyhytluentoja kuunnellessani tulin ajatelleeksi, että varmasti ainakin melkein jokaisessa suomalaisessa sairaalassa on tehty joku tutkimus, arkea helpottava keksintö tai käytäntö, joka ansaitsisi tulla esitellyksi maailmalla. Meidän sairaanhoidon kulttuurissamme ei ole juuri ollut tapana tehdä tämänkaltaisia esityksiä toisin kuin esimerkiksi Tanskassa, josta tällä kerralla tulikin yksi palkituista postereista (Anne Rømer: We Take Waste Management to Heart). Toivottavasti tulevaisuudessa sekä koulutuksessamme kuin työelämässäkkin tämä osa-alue kehittyy.

Unkarilaiset olivat järjestäneet kerrassaan upean kongressin: puitteet olivat loisteliaat – kongressitilana vuonna 1865 avattu Pesti Vidagó- konserttitali Tonavan rannalla – ja tieteellinen ohjelma erinomainen. Avajaisten, kongressikahvien, tervetuloilaisuuden ja iltajuhlan ohjelma ja tarjoilut olivat paikallisia perinteitä kunnioittavia. Kongressipäiviin ei juuri omaa ohjelmaa olisi mahtunutkaan, joten oli ollut kaukaa viisasta mennä Budapestiin muutama päivä ennen kongressin alkua. Kylpylät ja Budapest Eye- maailmanpyörä jäivät tällä kertaa kokematta, mutta kollegan järjestämälle veneajelulle auringonlaskun aikaan sen sijaan ehdin. Se hetki, kun alun rauhallisen ajon ja maisemien katselun jälkeen kapteenimme kaahasi ja kaarteli James Bondin tyyliin mahonkivene liitoksista natisten pitkin Tonavaa, oli takuuvarmasti yksi tämän kesän ikimuistoisimmista.

Suuret kiitokset Suomen Anestesia- ja sairaanhoitajien Säätiölle minulle myönnetystä apurahasta.