

Nach Rücksprache mit Bernd und Klaus habe ich diesmal primär in der Anästhesie gearbeitet. Daneben gab es nur wenige Sonos, die ich gemacht habe. Gastros habe ich selbst aktuell keine gemacht.

### **Probleme:**

- 1) Aufgrund der zwei Monate ausstehenden Gehälter hat sich die Motivation und die Reaktionsgeschwindigkeit des Personals weiterhin eher auf niedrigem Niveau festgefahren. Auch die Verantwortlichkeiten erscheinen nicht weitgehend genug festgelegt zu sein. Das Krankenhausmanagement ist weiterhin diesbezüglich defizitär und schulungsbedürftig. Staff Meetings müssen auch von der Humanitären Hilfe und ihren Mitarbeitern besser dazu genutzt werden, bestehende Missstände protokolliert darzustellen und für deren Beseitigung einzutreten. Dazu gehören auch Maßnahmen zur ordnungsgemäßen Durchführung der Meetings wie Durchsetzung des pünktlichen Erscheinens, frühzeitige Ankündigung von Ort und Zeit sowie disziplinarisches Vorgehen bei Missachtung und unentschuldigtem Fernbleiben. Beispiele für die fehlende Regelung der Verantwortlichkeiten zeigen folgende Tatsachen: Gute Bei spiele dafür:
  - Bis leere Sauerstoffflaschen aufgefüllt werden, dauert es sehr lange, wobei wir nur 2 Stück haben und ohne Sauerstoff keine Narkose mehr laufen kann. Es fühlt sich niemand verantwortlich.
  - Der Vorrat an Nahtmaterial vom OP-Personal ist grundsätzlich leer.
  - Insbesondere auf der "Intensivstation" ist die Kurvenführung weiterhin desolat und sagt weiterhin nichts über die Medikamente aus, die der Patient erhält oder nicht erhält. Auch das Pflegepersonal kann hier oft nicht weiterhelfen. Die sichersten Informationen über die real genommenen Medikamente ist das Gespräch mit dem Patienten und den Angehörigen.

Diese Probleme wurden sowohl in der jeweiligen Situation als auch auf Staff Meetings angesprochen. Bisher allerdings ohne bleibenden Effekt. Auch die Disziplin für das Erscheinen bei Staff Meetings ist dürftig.

- 2) Am 20.11. wurden im Rahmen eines Treffens zwischen Francois, dem OP-Personal und uns insbesondere die perioperativen Probleme diskutiert und Verantwortlichkeiten verteilt.
- 3) Die anderen Probleme (v.a. die Wasserversorgung) wurden bereits im kleineren Kreis mit Francois bzw. Mathurin besprochen.
- 4) Von den Zwistigkeiten zwischen Mathurin und Philouette habe ich aktuell nichts mitbekommen.
- 5) Wie ein aktueller Fall gezeigt hat, besteht hier manchmal auch Bedarf für eine Blutdruckmanschette für den Corpuls-Monitor in Extrabreite für adipöse Patienten. Das sollte die nächste Gruppe dabei haben. Eine Kindermanschette ist vorhanden.

CAVE: Die Feder eines Fingerclips der Corpuls-Pulsoxymetrie ist ausgeleiert und findet deshalb manchmal keine gute Ableitung. Der liegt jetzt im HHL-Lager. Ich habe aktuell den Ersatz-Fingerclip benutzt. Die nächste Gruppe sollten wieder einen mitbringen (Masimo Set LNCS DCI). Ein pädiatrischer Pulsoxymetrieclip wäre schön. Außerdem ist das kleine Pulsoxymetriegerät kaputt. Als Ersatzgerät eigentlich unverzichtbar.

- 6) Es ist absolut essentiell, dass die nächste Gruppe für den Anästhesiebereich auch möglichst viele Packungen mit Einmal-Desinfektionstüchern mitbringt, damit man seine Monitorkabel, Beatmungsschläuche oder einfach nur das Stethoskop regelmäßig nach Benutzung säubern kann. Wenn man es nicht selbst macht, werden sogar Erbrochenes und Blut an den Kabeln und Ansatzstücken großzügig übersehen.

## OPs:

- 1) Notsectio am 15.11. => ging gut in SPA, das Kind wurde von Kerstin, Verena und Klaus versorgt. Für hiesige Verhältnisse gute Reaktionszeit von ca. 1 Std.
- 2) 2/3-Magenresektion mit Billroth II-Anastomose am 18.11. => von Klaus PDK erhalten. Ansonsten ITN, die mit dem Trajan-Gerät gut gelaufen ist. Da Ringer-Lactat irgendwann im Magazin leer war, gaben wir perioperativ NaCl. Cave: Obwohl der Patient Blutgruppe B hatte, waren die 3 vorbereiteten Vollblutkonserven Blutgruppe Null, sodass wir uns auf kristalloide und kolloidale Infusionen beschränken mussten. Im Rahmen der Besprechung vom 20.11. erklärten wir, was der Unterschied zwischen Vollblutkonserven und Erythrozytenkonzentraten ist und was die Gefahren einer Fehltransfusion sind. Interessanterweise hat 3 Tage später eine dieser Konserven doch plötzlich an der Braunüle des Patienten gehangen. Letztlich lief nur ca.  $\frac{1}{4}$  ein. Es war dann nicht zu klären, wieso sie doch angehängt worden ist. Am 26.11. mussten wir den Patienten notfallmäßig re-laparotomieren bei Duodenalstumpfinsuffizienz. ITN (mit TIVA aus der Hand, weil Gas alle), OP-Dauer über 3,5 Stunden.
- 3) 11 jähriges Kind mit zurückliegendem Weichteil-Trauma des rechten Beins: keine knöcherner Verletzung, aber schwere phlegmonöse und nekrotisierende Weichteilinfektion des gesamten Beines. Am 20.11. in Propofol/Ketamin Analgosedierung breite Eröffnung und Debridement /Spülung. Im Verlauf mehrfache Verbandswechsel und Beginn dynamische Naht in Analgosedierung.
- 4) 18 jähriger Mann mit mechanischem Ileus und partieller Dünndarmischämie bei Volvulus/innerer Hernie. ITN, guter Ablauf, Patient stabil auf Station zurückgekommen.
- 5) Mehrfache Wundrevision bei Ulcus tropicum am linken Innenknöchel in SPA und Analgosedierung

- 6) Ein junger Mann mit schwerem SHT nach Verkehrsunfall. Die Behandlung beschränkte sich auf stabile Seitenlage und abwarten. Persistierende Bewusstlosigkeit. Die Anordnung durch uns und auch Francois, eine Magensonde für enteralen Kostaufbau zu legen, wurde ignoriert. Irgendwann war er morgens bei der Visite nicht mehr da. Er sei von der Familie mitgeholt worden.
- 7) Analgosedierung bei dynamischer Naht eines großen Weichteilinfektes am Rücken.
- 8) In der Nacht zum 26.11. Sectio in SPA. Ziemlich hochgestiegen, mit Sauerstoffgabe und kurzem assistiertem Beuteln gut zu führen.
- 9) Am 26.11. Versorgung des stationären Unfallpatienten Jean mit US-Frakturen bds. in ITN wegen Peradipositas und unklarer OP-Dauer. Falls erneute ITN notwendig => cave: schwierige Intubation, langer Spatel hilft.
- 10) Am 26.11. Leistenhernienrezidiv in SPA
- 11) Am 27.11. Hydrozele in SPA
- 12) Am 27.11. OP bei Nervus femoralis-Läsion links nach LH-Vor-OP. Keine SPA gemacht wegen bestehender deutlicher neurologischer Ausfälle im linken Bein. Vollnarkose mit frustriertem Versuch, Kehlkopfmaske 5 und 4 zur Atemwegssicherung zu legen. Letztlich ITN notwendig.
- 13) Notfall-OP bei gynäkologischer Patientin mit totem Foetus und uteriner Blutungskomplikation. RSI, ITN, TIVA aus der Hand, schwere Blutung, klinisch deutliche Koagulopathie, passager kreislaufinstabil, lange OP-Dauer. CAVE: die gebrachte Vollblutkonserve war 10 Tage alt (noch von der Magen-OP) und hatte beim Füllen des Transfusionsbesteckes teilweise die Konsistenz von Ketchup; auf Nachfrage gab es die Antwort, dass es keine frische Blutkonserve gibt. Somit Kristalloide allein. => Intra-operativ wurde mehrfach und deutlich gesagt, dass diese Konserve nicht transfundiert wird, sondern verworfen werden soll. Postoperativ haben wir zufällig gemerkt, dass sie auf der

“Intensivstation“ trotz dem angehängt worden ist. Bis zur Hälfte eingelaufen, dann von uns gestoppt.

### **Sonstiges:**

- 1) Klaus und ich haben die SOP für die Spinalanästhesie, die im OP aushängt, überarbeitet (siehe Anhang).
- 2) Ich habe Francois beim Gastroskopieren zugesehen und finde, dass er das Technische gut macht.
- 3) Den Schlüsselbund, den Soeren mit im Hotel zurückgelassen hat und den Schlüssel fürs HHL-Lager, den ich von Klaus bekommen hatte, habe ich bei Bernd gelassen.

### **HHL-eigenes Lager im OP:**

Ich habe folgendes Material im Lager einsortiert. Die Zahlen verstehen sich wie üblich als ungefähre Angaben.

3 Urinkathetersysteme, 1 Urinablaufbeutel, 400 2 ml Spritzen, 500 Kanülen 0,45x25 mm, 170 Kanülen 0,8x40 mm, 100 Kanülen 0,6x25 mm, 41 Sangofix Infusionsbestecke, 1 OP-Kittel L, 100 Amp. Ephedrin, 16 grüne und 7 blaue Butterflies, diverse pädiatrische Braunülen, 1 Ambu-Beutel, 3 pädiatr. Thoraxdrainagen mit Fixiertape, 3 Darmrohre, 1 BDK 8 CH, 4 Magillzangen, 20 elastische Binden 10 cm x 4 m, 16 Guedel in versch. Größen, 5 Kehlkopfmasken in versch. Größen, 3 Duodenalsonden CH 8, 7 Duodenalsonden CH 10, 3x12 Tbl. Cefuroxim 500mg, 11 Tbl. Zyvoxid 600mg, 1 Intraossärnadel, 2x100ml Sterilium, 4 pädiatr. Braunülenpflaster, 5 Dreiwegehähne, 1 Beatmungsfilter, 3 Fingertips, 8 Packungen mit jeweils 10 sterilen OP-Tupfern, 9 Packungen mit jeweils 5 sterilen Bauchtüchern, 20 Packungen mit jeweils 2 sterilen Bauchtüchern, 10 Absaugschläuche 6mmx3,1m, 50 Mundschutzmasken, 30 x Tubus 4,5 ohne Cuff, 4 x Tubus 5,5 mit und ohne Cuff, 8 x Tubus 3,0 mit und ohne Cuff, 3 x Tubus 2,5 ohne Cuff, 2 x Tubus 6,0 ohne Cuff, 2 x Tubus 4,0 ohne Cuff, 1 x Tubus 3,5 mit Cuff, 1 x Tubus 5,0 ohne Cuff, 1 x Tubus 6,5 ohne Cuff, 7 x Tracheostomie-

Tuben 6,0, Woodbridgetuben (größtenteils ohne Cuff): 2x5,5, 4x6,0, 6x3,0, 7x4,5.

### **CAVE:**

- Fingertips als Übergang Absaugschlauch – Absaugkatheter, die Absaugkatheter selbst, Magensonden und Aufziehkanülen bzw. Spritzen in verschiedenen Größen sind immer Mangelware.
- Wegen der mehrfachen und lange dauernden OPs in ITN ist fast das ganze Rapifen aufgebraucht. Narkosegas ist auch de facto leer. Ich habe beim Aufräumen vor meiner Abreise gesehen, dass es noch eine kleine Flasche Isofluran in unserem Lager im Kühlschrank gibt. Die hat aber auch nur noch eine Füllhöhe von ca. 1 cm.
- Kleines Pulsoxymetrie-Handgerät kaputt
- Wir haben ja Unmengen an Tuben, aber gerade für die Standard-Situation (Magill-Tubus 7,5 oder 8) ist immer Bedarf

### **Anhang:**

SPA

### **RACHIANAESTHESIE**

Quel matériel est absolument nécessaire ???

Cathéter vert / perfuseur / au moins 4 poches de saline

Atropine et Phényléphrine préparé avec seringues

Oxygène / ballon / aspirateur avec sonde d'aspiration

Corpuls 08/16 pour surveillance

Alcool / Bétadine / compresses stériles / Gants stériles

Lidocaine / seringue / canule pour anesthésie locale

Aiguille et canule pour rachianesthésie / Bupivacaine 0,5%

Pansement

## **RACHIANAESTHESIE**

Les règles absolument essentielles !!!

- 1) Ne JAMAIS faites une rachianesthésie chez un patient avec un état de choc, une hémorragie, une infection au lieu de ponction ou une coagulation sanguine mauvaise !!!
- 2) Sécurité pour le patient au cas d'hypotension, bradycardie ou respiration diminué => soyez préparé avant tout pour le cas d'hypotension. Donnez au moins un litre de perfusions avant ponction. Sauf dans un cas d'urgence le patient doit être à jeun.
- 3) Surveillance (ECG, tensiomètre, saturomètre) est essentielle pour percevoir des troubles de la circulation et respiration.
- 4) Stérilité est essentielle pour éviter des infections du rachis => désinfectez 3 fois avant ponction et ne jamais utilisez des matériels stériles plusieurs fois.
- 5) Ponction normalement L3/L4 (alternatives : L4/L5 ou L5/S1) => jamais plus haut !
- 6) Administrez le Bupivacaine avec une dilution et une quantité selon l'opération et situation du patient.
- 7) Parfois il y a mal à la tête ou des problèmes avec uriner après une rachianesthésie.

Dressé de Alexander Dastbaz et examiné de Klaus Schwendner  
(19.11.2013)