

Erfahrungsbericht Ndanda Februar 2023

Teilnehmerinnen:

Claudia Milz, Intensivkrankenschwester

Dr. Isabelle Wildermuth, Assistenzärztin Unfallchirurgie

Dr. Lisa Greiner, Assistenzärztin Innere Medizin

Aufgrund gesundheitlicher Zwischenkommissse konnte unser geplantes EndoskopieProjekt zur weiteren Etablierung und Erweiterung von ERCP-Eingriffen in der bereits weit ausgebauten endoskopischen Abteilung im St. Benedict's Hospital, Ndanda, nicht stattfinden. Wir konnten dennoch ein Team losschicken und einiges der gesammelten Spenden vor Ort bringen. Sofort wurden wir alle drei herzlichst aufgenommen und in die bestehenden Teams und Strukturen integriert. Wir fanden eine von Fr. Asintha und Hr. Sebastian hervorragend geführte Endoskopieabteilung vor mit gut sortierten Schränken und Materialien und einer sehr effektiven und sorgfältigen Arbeitsmotivation. Mit Dr. Jesaja, Dr. Zengo und Dr. Dayness sahen wir drei sehr kompetente EndoskopikerInnen und konnten sogar in unserer Zeit auch selbst Hand anlegen. Neben Gastro- und Koloskopien wurde auch eine PEG Anlage durchgeführt. Die Abteilung verspricht mit die größte endoskopische Entwicklung und Kompetenz im Süden Tansanias - und das vor allem dank der Unterstützung durch die Humanitäre Hilfe Landsbergs .Hierdurch können die Untersuchungen auch verhältnismäßig billig für die PatientInnen angeboten werden.

Ein anderes Bild fanden wir leider in den anderen Abteilungen, wie der Chirurgie und der Intensivmedizin, vor. Wie bereits im letzten Bericht schon erwähnt, stellt die ärztliche und pflegerische Ausbildung in puncto Intensivmedizin weiterhin eine große Herausforderung dar. Hierfür waren wir mit der über 25- Jahren langen Intensivverfahren von Claudia und auch dem Wissen von Isabelle und Lisa, durch die frisch absolvierte Intensivstation Zeit in Deutschland, gut aufgestellt und motiviert sich dieser Aufgabe zu stellen

ICU- Intensiv Care Unit

Herausforderung auf der Intensivstation:

Die Grundpflege wird morgens nach der Visite von den Pflegekräften der Intensivstation ,teilweise von SchülerInnen der Krankenpflegeschule übernommen.Die Pflegekräfte arbeiten seit 2/23 in einem 12-Stunden-Schichsystem mit jeweils 2 Pflegekräfte im Tag- und Nachtdienst. Die Wichtigkeit der Pflege eines beatmeten Intensiv-Patienten ist den Mitarbeitern theoretisch bekannt (wie umlagern des Tubus,Vermeidung von Druckstellen, Ein-und Ausfuhrkontrolle)können aber in der Praxis mehr Beachtung geschenkt werden.Eine Einweisung eventuell durch die Physiotherapie im Hospital in Atemunterstützende Lagerung und Frühmobilisation wäre sicherlich ein guter Ansatz.

Wir fanden eine weit entwickelte Intensivstation mit 4 Betten vor. Jedes Bett war höhenverstellbar, ausgestattet mit einem Monitor mit Standardmessungen (NIBP, O2- Sättigung, EKG), Sauerstoffanschluss, Perfusor/Infusomat und Absauger. Es gibt zwei Beatmungsgeräte der Firma Stephan. Weiter statteten wir die Betten mit je einem Ambu-Beutel mit Reservoir aus. Eine Dialysemaschine, die häufig genutzt wird, und ein mobiles Ultraschallgerät sind ebenso auf der ICU vorhanden. Es gibt eine Grundausstattung an Infusionen und Medikamente, welche normalerweise erst durch die Angehörigen gekauft werden müssen. Wir kümmerten uns um den Vorrat an Notfallmedikamenten und die Einführung von regelmäßigen Kontrollen der Notfallutensilien (funktionsfähiges Laryngoskop, funktionierende Absaugung an jedem Bettplatz etc.). Im Gegensatz zur Pflege auf der Intensivstation wird die Grundpflege der PatientInnen auf Normalstation durch die Angehörigen übernommen. Die hygienischen Bedingungen, sowie der Mangel an Leintüchern und benötigten Hygienematerialien ist deshalb sehr kritisch. Bei PatientInnen mit Anus praeter fehlt es häufig an Stomabeutel und es kommt zu einer schweren Verätzung der Haut.

Einführung der invasiven Blutdruckmessung:

Da erst kürzlich ein mobiles BGA Gerät für die ICU angeschafft wurde, erhielten wir, in Rücksprache mit Dr. Jesaja den Auftrag, die invasive Blutdruckmessung vorzustellen und einzuführen. Das komplette Material hierfür ist inzwischen vorrätig und in einem dafür beschrifteten Schrank im Lager auf der Intensivstation deponiert. Wir leiteten die Ärzte in der Punktion der A. radialis und A. femoralis an sowie das Pflegepersonal für den Umgang mit dem Blutdrucksystems. Ebenso sensibilisierten wir das Personal für die Wichtigkeit und Beachtung der akustischen Alarme der eingestellten Alarmgrenzen.

Einführung der Highflow-Therapie:

Mit dem Beatmungsgerät EVE der Firma Stephan kann eine Highflow-Therapie für PatientInnen z.B.nach Extubation oder Operation mit erhöhtem O2-Bedarf durchgeführt werden. Das Personal wurde mit dem Aufbau des Beatmungssystems und der Nutzung der Heizung für die Highflow-Therapie fast täglich geschult. Alle dafür benötigten Materialien liegen im Lager in einem Schrank, beschriftet und sortiert auf der Intensivstation bereit.

Ausbildung des Personals für Notfallsituationen:

Neben dem Fokus auf die Intensivstation war uns auch die Ausbildung des Personals für Notfallsituationen ein großes Anliegen. Hierfür organisierten wir ein BLS / ACLS Training mit einer vor Ort vorhandenen Reanimationspuppe und Defibrillator. Das Training wurde jeden Nachmittag für zwei Stunden von uns gehalten und wir konnten sowohl die Defizite als auch die enorme Verbesserung in dieser Zeit sehen. Das ACLS wurde nach den Guidelines der American Heart Association gelehrt.

Auf der Intensivstation besprachen wir mehrmals das ABCDE Schema bei kritisch kranken PatientInnen sowie die Sensibilisierung beim Erkennen von Anzeichen einer

Verschlechterung des Zustandes. Außerdem versuchten wir die Hygienebedingungen bei Anlagen von Zentralvenösen Zugängen (ZVKs, Shaldons) durch Sensibilisierung des sterilen Arbeitens zu verbessern und die ultraschallgeführte Punktion zu etablieren.

Zusammenfassend sahen wir eine weit ausgestattete Intensivstation mit vielen Möglichkeiten und bereits digitaler Medizin. Leider hatten wir jedoch den Eindruck, dass die Medizin ggf. zu schnell gewachsen ist und das Personal leider noch nicht ausreichend geschult bzw. sensibilisiert ist, all die Informationen, die ein gemonitorter Intensivpatient liefert, zu erkennen, zu interpretieren und entsprechend zu handeln. Eine praktische Schulung des Personal ist daher dringend notwendig mit regelmäßigen Fortbildungen.

Chirurgische Abteilung- Unfallchirurgie

Hauptsächlich wurden hier Auto- und Motorradverunfallte PatientInnen und Kinder mit komplexen Frakturen behandelt. Recht häufig mussten leider auch Infizierte Osteosynthesen und Wunden behandelt werden. Das Team besteht aus zwei Unfallchirurgen (Hauptoperateure), zwei Assistenzärzten und drei "Interns", welche die Dienste im Vordergrund sowie den restlichen Stationsalltag, Aufnahmen etc. erledigten. Hier ist zu erwähnen, dass diese noch keine registrierten Ärzte sind, sondern sich noch im Studium befinden. Im Vergleich zur Endoskopie sahen wir auch hier trotz eines gut besetzten ärztlichen Teams strukturelle Herausforderungen.

Mangel an Material und Ausstattung

Zu Beginn des 3-wöchentlichen Aufenthaltes kam es direkt zu einem Defekt des Röntgengerätes im OP (C-Bogen), welches trotz intensiver Bemühungen erst nach den drei Wochen durch einen externen Siemens Mitarbeiter wieder zum Laufen gebracht werden konnte. Leider gab es auch kein Ersatzgerät, so dass die Unfallchirurgische Abteilung wenig bis eigentlich nicht operativ tätig sein konnte und es dadurch zu einem Qualitätsverlust der Behandlungen und zu Verzögerungen von essentiellen Therapiemaßnahmen kam.

Der OP Lagerraum (Ersatzlager für Instrumente, Osteosynthesematerial, Nahtmaterial etc.) war aufgrund einer fehlenden Buchführung leider ohne Ordnung und System. Dies wurde von uns in nächtlichen Zusatzstunden versucht durch Beschriften von Boxen und Sortieren von Instrumenten zu ändern. Letztlich konnten wir auf ein zufriedenstellendes Ergebnis zurückblicken. Es ist jedoch auf jeden Fall darauf zu achten, diese Ordnung beizubehalten, alte, nicht mehr verwendbare Sachen wegzuerwerfen und gebrauchtes Material neu nachzubestellen. Ein neuer OP Bau ist in Planung, der Beginn der Bauarbeiten ist jedoch noch ausstehend.

Unzureichende Koordination und Schulungen

Neben einem neuen OP Bau ist jedoch auf dringend auf die weitere Schulung des Personals zu achten. In unserer Zeit mussten wir leider feststellen, dass aufgrund

von Personalmangel die Schulung der Mitarbeiter in punkto Sterilität (Türen schließen, Betreten von OP Bereichen in Nichtbereichskleidung, etc.) und effiziente Arbeitsabläufe zu kurz gekommen war. Auch hier scheint es dass das 12-Stundenschichtsystem eher zu einer zeitlichen Verzögerung der Arbeitsabläufe führt. Zudem fehlt es an Personal um die Weiterbildung der Mitarbeiter zu gewährleisten und den Arbeitsfluss aufrecht zu erhalten.

Zusammenfassend sehen wir daher die Empfehlung zur Schulung des Personals im Sachgerechtem Umgang mit sterilem Material und sterilen Tätigkeiten mit Einsetzen eines/-r Hygienebeauftragten/-in und auch die Verantwortungsvergabe, um klare Zuständigkeiten zu klären. Wir sehen auch hier eine weit ausgebildete Medizin für ein Entwicklungsland, sehen jedoch hohes Verbesserungspotential durch adäquate Schulung der AngestelltenInnen und Strukturierung von organisatorischen Abläufen. Ein Ersatzgerät für den C Bogen wäre sowohl für die Unfallchirurgie als auch für die geplante ERCP Abteilung in Zukunft vernünftig.

Fazit

Wir hatten eine unglaublich erlebnisreiche Zeit im St. Benedicts Hospital in Ndanda mit vielen gemischten Gefühlen. Wir wurden immer und überall gastfreundlich empfangen und aufgenommen und erlebten eine große Dankbarkeit für unser Engagement. Dennoch haben wir auch viel Leid und Armut gesehen, wie wir es in Deutschland einfach nicht kennen. PatientInnen können teils die Therapie nicht bezahlen oder verarmen durch die Krankheit eines Familienangehörigen. Das St. Benedicts Hospital in Ndanda ist schon sehr fortschrittlich für ein Entwicklungsland, wofür wir großen Respekt zollen. Unsere kritischen Gedanken dienen lediglich zum Hinterfragen, mit der Motivation etwas verbessern zu wollen, was meist mit Veränderungen einhergeht. Insbesondere das vorausschauende Denken, das die meisten Menschen in Afrika aufgrund der Lebensumstände meist nicht gelernt haben, ist im medizinischen Umfeld notwendig.

Wir wollen auf jeden Fall zurückkehren, um dann punktuell weitere anzusetzen.
Asante sana



