

Kamerun-Einsatz 09.05.13 bis 06.06.13
Sonja Schaber (Kinderkrankenschwester)

Über meine vierwöchige Zeit als Kinderkrankenschwester in Ndoungue möchte ich zunächst folgenden Gesamteindruck weitergeben.

Durch meine Tätigkeiten vor Ort und die Gemeinschaft mit den liebenswerten Menschen habe ich einen Einblick von ihren Leben, Denkweisen, Einstellungen sowie ihren Schwierigkeiten bekommen.

Das fröhliche Lachen der Patienten und des Personals steckte besonders an und bereitete für beide Seiten große Freude.

Besonders genießen konnte ich die entspannte Atmosphäre unseres Einsatzteams und freue mich sehr hier mitarbeiten zu können.

Intensivstation (sons intensive): Eindrücke aus der Pflege

aktuelles Pflegepersonal:

Leitung: Celestaine

Mispa, Jaqueline, Celine, David, Justine, Pa Ellie, Michu

Ablauf:

- morgendliche Visite der zwei jungen Medizinstudenten
- zuerst einzeln zu ihren Patienten
- daraufhin gemeinsame Visite mit den Schwestern und sehr vielen Lernschwestern (+ Visitenwagen mit Steriliumflasche und Einmalhandschuhen -> oft nach kürzester Zeit aufgebraucht oder verschwunden)

Stationszimmer:

- ein Visitenheft (Schwester schreibt mit, was zu tun ist)
- durcheinander liegende verschiedene Zettel, worauf Anordnungen vom Arzt (Infusionstherapie etc.) dokumentiert werden
- wiederholte Rundgänge in Patientenzimmer durch einige Schwestern
- adäquates Wissen über die Bestimmung von Blutdruck und Puls, die richtige Einschätzung der gemessenen Werte und dem daraus resultierenden Handlungsbedarf fehlen häufig.
 - > entsprechende Schulungen zur richtigen Einschätzung der Werte sowie der notwendigen Folgemaßnahmen sollten nochmals eingeplant werden.
- Teilweise wenig Kontrolle der Lernschwestern.
- Für das Händewaschen wird ein großer Topf bereitgestellt, der sich im Laufe des Tages füllt
 - Seife ist meist vorhanden
 - das einzig vorhandene Handtuch ist meist sichtbar verschmutzt

Maternity (Entbindungsstation):

Leitung: Madame Philouette

Schwwestern: Sarah, Rachel, Therese, Cathrine

In der Maternity sind noch große Mängel vorzufinden, welche einerseits in den Räumlichkeiten, als auch im Ablauf des Arbeitsalltages bei den Schwestern sichtbar sind.

Es ist zum Einen ein CTG-Gerät vorhanden, zum Anderen wird aber auch die traditionelle Methode (Holzrohr) noch zusätzlich verwendet.

Das Händedesinfektionsmittel ist immer sehr knapp. Sobald Nachschub von unserer Seite kam, wurde es weggesperrt bzw. war von mir nicht mehr aufzufinden.

In der Maternity wurde eine feste neue Vorrichtung (Messlatte für die Neugeborenen) durch Jürgen montiert.

Meine Beobachtung bei der Versorgung eines Neugeborenen nach Kaiserschnitt:

Die Schwester übernimmt das Neugeborene und saugt es lange ab, obwohl keine Notwendigkeit mehr besteht, das Baby wird zyanotisch, während die Schwester weiter unwissend absaugt.

Ebenso wird das NG in dicke Wollkleidung gepackt und anschließend unter zwei 40 Volt-Lampen gelegt. Dies wurde schon mehrfach beobachtet und sollte dringlichst unterrichtet werden.

Von mir konnte diesbezüglich nur eine einmalige Beobachtung gemacht werden, worauf ich den Eindruck bekam, dass die Schwester absolut keine Ahnung davon hat, warum sie das NG absaugt.

Ergebnisse eines Meetings mit den Schwestern der Maternity und Catherine:

Es wurden 3 Pläne für 3 Schichten erstellt:

- 1. Schicht: 7 - 13 Uhr
- 2. Schicht 13 -18 Uhr,
- 3. Schicht 18 - 07 Uhr
- > jeweils mit kurzer Übergabe
- To- Do- Plan für jede Schicht
 - z.B. Frühschicht: Gewicht, Temperatur messen, Ausscheidung (Stuhlgang/Urin) beurteilen bzw. erfragen, bei Infusionstherapie die Tropfgeschwindigkeit und Einstichstelle kontrollieren (ggf. Verbandswechsel).
- ein- bis zweistündliche Rundgänge durch alle Zimmer
- einmal pro Schicht. Baby nackt beurteilen (z.B. zur Vermeidung von Exsikkose, Gewichtsabfall, Infektionszeichen)
 - Beurteilen des Abdomens (weich oder hart), der Fontanelle, des allgemeinen Zustands (sehr schlapp, aktiv, Hautkolorit, schläfrig)
- nach jeder morgendlichen Visite auf der Intensivstation sollte anschließend eine Visite der Ärzte auf der Maternity durchgeführt werden (mit der jeweils zuständigen Schwester)

Verantwortlichkeit der Schwestern:

Manche Schwestern glauben, die Mutter versorgt ihr Baby gut. Dabei ist öfters aufgefallen, dass die Mutter nicht bemerkt, dass mit ihrem Baby etwas nicht stimmt (-> Mutter ist sehr „einfach gestrickt“, sie traut sich nicht um Hilfe oder Rat zu fragen oder es sind nicht ausreichende finanzielle Mittel der Familie vorhanden).

Diese neu gemeinsam erarbeiteten Regelungen wurden laminiert und im Schwesternzimmer der Maternity sichtbar angebracht (in französischer Sprache).

Fallbeispiel:

Versorgung eines Frühgeborenen, das mit 1400 g in einer anderen Klinik geboren wurde, dort einen Gewichtsabfall bis 1180 g hatte und mit diesem Gewicht zu uns in die Klinik nach Ndoungue kam. Dieser süße kleine Bursche heißt Nouatchoua Esekiel Peteng. Er wurde in einen Inkubator afrikanischer Art gelegt, d.h. in eine geschlossene Holzkiste(mit Glasscheibe frontal) die von oben geöffnet werden konnte. Damit er es schön warm hatte, wurde durch eine Aluschale mit Wasser und einer 40 Volt Lampe Wärme erzeugt. Über mehrere Wochen hinweg konnten wir ihn gut stabilisieren. Er wurde immer kräftiger und konnte später auch toll an Mutters' Brust trinken. Nach knapp sechs Wochen konnten wir ihn mit über 2300 g gesund entlassen.



Jeden Dienstag und Donnerstag kommen zwischen 10 und 15 Mütter mit ihren Babys zur Impfsprechstunde.
Die Babys werden gewogen, Temperatur gemessen und sie erhalten Impfungen (Tetanus, Diphtherie, Pertussis, HiB, Hepatitis B und Pneumokokken). Polio wird oral verabreicht.
Es waren sehr belebte und lustige Stunden :)



Besuch im General Hospital Nkongsamba

Führung durch Fr. Dr. Haissa durch die pädiatrische Abteilung am 04.06.2013

Teilnehmer: Sonja und Kristina

Pädiatrie:

- kein Pädiater vorhanden (Station wird von Allgemeinmediziner mitbetreut, aktuell Fr. Dr. Haissa)
 - in Cameroon werden keine Kinderkrankenschwestern speziell ausgebildet
- allgemein sehr viele Lernschwestern, Praktikanten? , die nichts arbeiten und vor der Klinik auf den Bänken sitzen
- Station mit 22 Betten, 6 Betten in 1 Zimmer, aktuell sind 4 Betten besetzt, davon zwei frühgeborene Zwillinge (1480 g und 1600 g – zusammen in einem Inkubator, HIV+, neonatale Infektion, Infusion läuft mit Glucose 10 %, Aminosäuren und Calcium, Antibiotikagabe mit Ampicillin, Ceftriaxon, Gentamycin für 10 Tage, falls nicht wirksam Erweiterung auf z. B. Cloxacillin), einmal pro Woche Gewichtskontrolle), Gesamteinfuhr Infusion – 1. Tag 60 cc/kg/24 h – jeder weitere Tag Steigerung um 20 cc bis 200, dann Infusionsstopp- zusätzlich breastfeeding wenn möglich, sonst orale Zufuhr von künstlicher Milch mittels Spritze
- Allgemein: Bei Neugeborenen Babys alle zwei Tage Gewichtskontrolle, dort auch Beginn mit 60 cc/kg/24 h
- Labor: CRP und Full blood count (->if there is money...)
- Postpartal: einmalige Gabe von Vitamin K subcutan

3.) 14-jähriger Junge mit bekannter Sichelzellanämie und Typhus

4.) einjähriges Mädchen mit Bronchitis und Malaria

Allgemein:

Patientenbuch am Bett des Patienten, Kurvenführung mit Eintrag von Temperatur, Antibiotikagabe, Infusion....

Im Stationszimmer: großes Buch (wie bei uns in Cosultation) mit Eintrag von Name, Alter, Wohnort, Aufnahmedatum, Leitsymptom, Diagnose, Laboruntersuchung, Behandlung/Medikation, Kontakt und Entlassung wann und mit welcher Medikation.

Besuch bei Dr. Tabi (Gynäkologe)

aktuell 2 Gynäkologen (Dr. Tabi/Dr. Nzintcheu)

2 ausgebildete Hebammen und viele weitere Schwestern

1 Raum mit 3 Betten zur Geburtsvorbereitung, weiterer Raum mit 2 Gebährtühlen, **kein CTG vorhanden**, kein Reanimationstisch, nur eine Matte für Babys mit Wärmelicht, Ambubeutel und Absauggerät, 1 Amoclavegerät vorhanden, Wanne mit Wasser und Reinigungsmittel zur Desinfektion.

Nach der Geburt 1 mg Vitamin K subcutan, dann nicht mehr

Vitamin D und Flourgabe kein Standard, in manchen Krankenhäusern wird es gegeben.

Allgemeiner Standard wenn keine Komplikationen: Entlassung der Mütter mit ihren Neugeborenen nach 2 Tagen bei normaler Entbindung, bei Kaiserschnitt Entlassung nach 7 Tagen

in der Klinik ca. 80 Geburten/Monat, teils auch 100

African-Standard 23/day, lt. Dr. Tabi

Wir haben Dr. Tabi über das Hebammenprojekt im Oktober informiert und er ist sehr interessiert an einer Zusammenarbeit und Unterstützung.

Adresse Dr. Tabi
Dr John Tabi Mforsong
Gynecologist-Obstetrician
Nkongsamba Regional Hospital
Cameroon
Tel. +237 70 93 42 22
+237 95147792
e-mail: jotamf@yahoo.com

Bei den nächsten Einsätzen sollten begonnene Aktivitäten wie Schulungen des Pflegepersonals über RR/Puls und Hygieneschulungen (Händedesinfektion etc.) wiederholt und weitergeführt werden.

Weitere Schritte sind:

- Einführung von Patientenkurven in der Maternity (Teachings mit vereinzelt Schwestern bereits stattgefunden, bisher aber noch keine alleinige Umsetzung der Schwestern)
- Schulung der Schwestern über die Versorgung von NG nach Kaiserschnitt
- Allgemein: die Schwestern immer in allem einführen, Dinge erklären und auch gemeinsam z. B. Arbeitspläne erarbeiten, sie integrieren und fragen, was für sie umsetzbar und realistisch ist – ist am effektivsten :)

Folgende notwendige Geräte, Arzneien und Materialien sollten beim nächsten Einsatz mitgebracht werden, da vieles, (insbesondere Verbandsmaterialien) meist schnell aufgebraucht wird.

- digitale Säuglingswaage (evtl. mehrere für verschiedene Zimmer)
- Wischdesinfektion für die Entbindungsliegen
- Desinfektionsmittel/Flüssigseife
- Verbandsmaterialien (sterile Kompressen, Mullbinden, sterile Scheren/Pinzetten)
- Tupfer, Pflaster, Leukoplast (dünn u. dick)
- Infusionskanülen (gelb)
- Pulsoxymeter (nur eins im Lager vorhanden)
- Nahtmaterial
- 1 Notfallkoffer speziell für die Maternity
- Inkubator/Wärmebett
- Vordruck Patientenkurven
- Kugelschreiber (blau und rot)
- 1 großes Buch (wie in der Endo), Eintrag aller Patienten, bzw. Neugeborenen mit Alter, Aufnahme- sowie Entlassdatum, Diagnose etc.

Landsberg, 30.07.2013

Sonja Schaber