

Einsatzbericht der Urologin Petra Spangehl für „Die Ärzte für Afrika“ in Ghana

Einsatzdatum 21.8.-4.9.2010
Krankenhaus St. Anthony in Dzodze
Teampartner Monika und Wilfried Jellinghaus
Petra Spangehl
Weitere Teammitglieder Esther Prenger und Helmut Baltes



1. Operationsstatistik

Transvesikale Prostatektomie/Sectio alta	15
Transurethrale Prostataresektion	21
Urethrotomie	12
Blasenhalsincision	1
Punchlithotrypsie	2
Eingriffe am äusseren Genitale	5
Suprapubische Kathetereinlage	8
Diagnostische Cystoskopie	2
Gesamt	66

2. Endoskopisches Instrumentarium („Uro-Sets“)

Folgende Reparaturen sind erforderlich

1. Federbruch am aktiven Resektionsschlitten
2. 3 dünne Resektionsschlingen

Der Resektionsschlitten ist bei Wilfried Jellinghaus und wird von ihm zur Reparatur gebracht. Schlingen gibt es noch genügend



Die Aluminiumkisten der Fa. Wolf (mit Videokamera, Flatscreen etc) sowie die Armeekisten befinden sich im Gästehaus des St. Antony's Hospital, der Schlüssel ist bei Mr. Brown. Die Storzlichtquelle befindet sich in Box 1.

Aus unserer Sicht sind folgende Neuanschaffungen sinnvoll

1. Sichtobturator für das 26Ch Dauerspülresektoskop
2. Metalltrokar für suprapubische Katheter
3. Mittलगrosse Overholts

3. Verbrauchsmaterialien

Resektionsschlingen sind noch genügend vorhanden. Auch Katheter inklusive Silikon-Dauerspülkatheter bis CH22 gibt es noch genügend, es sei denn das nächste Team bevorzugt einen ganz speziellen Katheter.

Suprapubische Punktionssets für Ballonkatheter (12 und 14CH) sind ausgegangen.

Mitzunehmen ist

- Gleitmittel, ganz wichtig, wird viel gebraucht
- Plastikschürzen
- Rektalschild
- Methylenblau
- Heilsalben (Bepanthen, Braunoderm)
- Anästhesiesalbe (Emla)

Als Geschenk für das Krankenhaus: einige Bettflaschen („Enten“). Den männlichen Patienten steht nur ein Metallbehälter zur Verfügung, der einem alten Bügeleisen ähnlich sieht.

4. Station

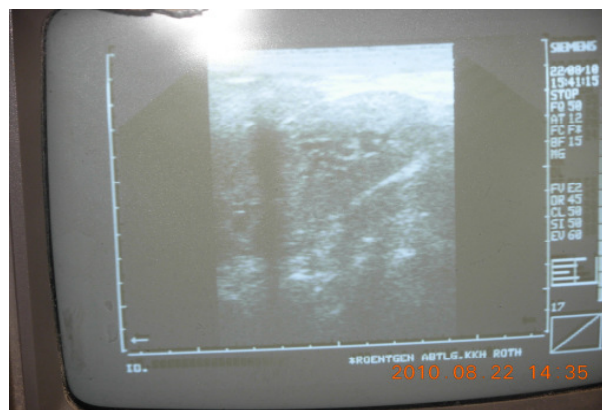
1. Es findet ein reger Personalwechsel statt. Eine gute Zusammenarbeit war u.a. möglich mit Sr. Esther und Sr. Nancy sowie den Pflegeschülern Agbeku und Emmanuel. Bei Notfallkatheterisierungen bekamen wir eine aktive Unterstützung durch dieses hochmotivierte Personal: alles lag parat, mehrer Katheter in Form und Grösse, wie häufig in unseren eigenen Kliniken nicht!



2. Es hing ein Verlaufsbogen mit Schreibunterlage an jedem Bett, darauf war auch Art der Operation und Operationsdatum eingetragen! So konnten wir Therapieanweisungen direkt schriftlich am Bett des Patienten festhalten. Wir regten an, dass bei jeder Visite auch der Folder vom Patienten am Bett liegt, was prompt umgesetzt wurde.

3. Bei allen Patienten, die in unserem Zeitraum entlassen werden konnten, haben wir eine Abschlussuntersuchung durchgeführt und unsere Befunde und Empfehlungen im Patientenfolder festgehalten.

Das Ultraschallgerät ist unzureichend! Die Nieren sind oft nicht konklusiv beurteilbar, das Volumeterprogramm funktioniert nicht. Es gibt keinen Sektorscanner. Blasensteine haben wir häufig übersehen.



4. Die hygienischen Bedingungen können nicht mit europäischem Mass gemessen werden. Die Patienten sind jedoch sehr diszipliniert und halten sich strikt an unsere Anweisungen. Wir sahen keinerlei Wundheilungsstörung, trotz grausiger Latexkatheterableitungen seit Jahren und Katheterstöpsel Marke Eigenbau.



5. Wir fühlten uns voll respektiert in allen Bereichen der Klinik

5. OP



Es findet sich eine deutliche Strukturverbesserung nach technischer Aufrüstung mit Unterstützung durch Helmut Baltes (Stromversorgung, Gasflaschen, Kontrolle der Instrumente etc.) Es findet sich eine Neuordnung des Nahtmaterials und der Infusionslösungen im OP.



Unverändert jedoch das grosse Chaos in den Aufenthaltsräumen, Vorräumen, Umkleidekabinen und im Steriraum.
Die OP-Kleidung sollte übersichtlich in einem Regal nach Grösse sortiert sein. Wir fanden oft keine adequate OP-Kleidung.

In allen Aufenthaltsräumen stapeln sich die Kisten mit und Schachteln gefüllt mit nicht gebrauchten Dingen bis zur Decke.

Eine ordnende Führungskraft ist nicht erkennbar. Wir stellen eine Ineffektivität der Arbeitsabläufe und eine hohe Lärmbelastigung durch unterbeschäftigte Mitarbeiter fest. Überlappende Chirurgie an zwei Tischen liess sich nicht durchführen.

Im Vorbereitungsraum steht der funktionsuntüchtige C-Bogen, daneben alte Matratzen mit undefinierbaren Flüssigkeiten durchtränkt.



Es mangelt an sauberen Abdecktüchern und Betttüchern.

Wir stellten wieder einmal eine gute Zusammenarbeit mit der Anästhesistin Lizzy fest. Signifikant verbessert war auch die Zusammenarbeit mit dem Anästhesisten Ali.

Hervorragendes Management des endoskopischen Instrumentariums durch Raymond in Zusammenarbeit mit Paul.

Harry, Famous und Ben waren immer hilfsbereit und aufmerksam.

Faustine kann man vergessen, sie ist keine Hilfe, im Gegenteil, sie erschwert die Arbeit.

6. Fortbildung/Schulung

Dem Op-Personal wurde bei jeder Operation das Vorgehen erklärt.

Unverändert gelingt es in Dzodze nicht, junge ghanaische Ärzte für die Urologie zu interessieren.

Gelegentlich liessen sich der Chirurg Dr. Williams und der Orthopäde Dr. Korpisah die transurethrale Resektionstechnik erklären.

Eine organisierte Fortbildungsveranstaltung haben wir nicht abgehalten.

7. „Rahmenprogramm“ am Wochenende

Monkey-Sanctuary bei Hohoe



Kente-Festival





8. Sonstige Anmerkungen

Es gibt Kontrastmittel, sodass retrograde und antegrade Urethrogramme möglich sind. 10 Flaschen à 50ml sind aktuell noch vorrätig.

Wir sahen drei junge Männer mit komplett verschlossener Harnröhre nach Trauma und Infekt. Zwei davon müssen seit Wochen anurisch gewesen sein, denn sie wiesen bereits eine erhebliche Niereninsuffizienz auf. Eine präoperative Diagnostik wäre vermutlich hilfreich gewesen, aber wir entdeckten das Kontrastmittel erst, als das OP-Programm schon abgeschlossen war.

1 Patient verstarb nach einer unkomplizierten transvesikalen Prostatektomie. Offenbar erlitt er am Nachmittag des OP-Tages im Rahmen einer hypertensiven Krise eine Hirnblutung. Bei unserer Nachmittagsvisite war er bereits nicht mehr ansprechbar, was bis dahin ausser der Tochter niemandem aufgefallen war. Die Tochter führte den Zustand zunächst auf ein Schmerzmittel zurück, was der Vater kurz davor erhalten hatte. Zu diesem Zeitpunkt lag der Blutdruck noch immer weit über 200mgHg systolisch. Nach drei Tagen verstarb der Patient.

Wir sahen einen 12-jährigen kachektischen Jungen mit einem weit fortgeschrittenen Hodentumor mit Bulky-Metastasierung und bereits in der Aplasie mit Thrombozyten unter 10.000.

Wir konnten zystoskopisch und sonographisch eine Harnleiterscheidenfistel nach auswärtig durchgeführter Hysterektomie nachweisen.

Wir sahen einen 15-jährigen Jungen mit einem Nierentumor, vermutlich Wilmstumor, den wir in die Universitätsklinik nach Accra weiter leiteten.

Insgesamt erschienen 92 Patienten zum Screening, davon am 1. Tag 39. Alle anderen wurden täglich bis zum 3.9. gescreent. Das führte dazu, dass eine ausgewogenen Planung für offene und transurethrale Eingriffe nicht möglich war.



Wir schlagen vor, weiterhin an zwei offiziellen Screeningtagen festzuhalten. Dagegen wandt die Matron Theresa ein, dass die Patienten oft von weit her kämen und kein Geld für ein Hotel hätten, wenn wir sie erst eine Woche nach dem Screening operieren würden. Zudem habe das Krankenhaus nicht genügend Bettenkapazität um die vielen Frischoperierten unterzubringen.

Insgesamt fanden wir rückläufige Screeningzahlen zu 2009. Dies liegt wohl daran, dass das Krankenhaus seine Gebühren erhöht hat und die Patienten jetzt auch noch extra für die Spüllösungen bezahlen müssen.

Unser grösstes Prostataadenom wog 412gr!! Wir hatten den Eindruck, dass in Ghana das Prostataadenom eine eindrucksvollere Grösse erreicht, als in Europa und dass vor allem der Mittellappen immer sehr stark ausgeprägt ist.



Wir erhielten ein positives Feedback sowohl von der Matron als auch von Mr. Brown, was die Patientenzufriedenheit und den Verbrauch von Spüllösungen anbetraf. Nur bei zwei Patienten (der mit dem Riesenadenom und einer mit schlechtem Ausgangswert) kam es zu einer transfusionspflichtigen Blutung, beide Patienten konnten jedoch das Krankenhaus in gutem Zustand noch in unserer Anwesenheit verlassen.

Zusätzlich zu unserem bereits aus 5 Leuten bestehenden Team waren noch zwei Studentinnen im Guesthouse untergebracht. 7 Personen für ein winziges Waschbecken, eine Toilette und eine Dusche (deren Strahl allenfalls als schnelle Tropfenfolge bezeichnet werden kann) sind eindeutig zu viele, auch wenn alle sich maximal Mühe gegeben haben. Für einen stressarmen Aufenthalt sollten nicht mehr als 4 Personen eingeplant werden.



Alles in allem waren wir jedoch sehr zufrieden und sehen dem nächsten Einsatz mit gespannter Erwartung entgegen!

Wisen, Schweiz am 18.9.2010
Petra Spanghel