

Bericht Guinea-Bissau vom 01.-16.10.2019

Von Schwester Klaudia Nussbaumer und Dr. Emmanouilidis

Meine zweite Premiere in diesem Jahr mit dem HFO: Nach dem Kongo lernte ich nun das Projekt in Guinea-Bissau kennen, das erst seit ca. zwei Jahren besteht.

Ich war angenehm überrascht. Vielleicht liegt es daran, dass alles von Beginn an gut überlegt organisiert worden war. Meine OP-Kollegin, die den letzten Einsatz dorthin begleitet hatte, tat ein Übriges dazu, um den positiven Eindruck zu verstärken. Jedenfalls bekam ich schnell einen Überblick über die vorhandenen chirurgischen Instrumente und anderen Verbrauchsmaterialien.

Wie in mir bekannten anderen Einsatzgebieten, konnte ich leider nicht mit der Unterstützung des einheimischen Personals rechnen. In der ambulanten Versorgung half eine einheimische Krankenschwester, die besonders auch für die Übersetzung des Portugiesischen in die vielfältigen Dialekte gebraucht wurde.

Warum niemand den Weg zu uns in den OP fand, erschloss sich nicht sofort für mich. Nur eine Praktikantin, Melissa, erschien zu fast jeder Operation und schaute sich alles genau an. So fiel leider die Weiterbildung von einheimischem Pflegepersonal in Vor- und Nachbereitung der Eingriffe aus.

Ich hatte reichlich zu tun mit der Reinigung und Sterilisierung des benötigten Materials, da weder der große Haupt -Autoklav im Krankenhaus noch unser neuer mitgebrachter funktionierten. Es gab unerwartete technische Schwierigkeiten. So musste ich die kompletten Instrumente in einem wahrhaftig kleinen Trocken - Sterilisator bearbeiten. Für manch eine der großen Osteotomien waren so vier bis fünf Sterilisationsvorgänge nötig, was viel Zeit beanspruchte. Außerdem brauchte Dr. Emmanouilidis bei jeder OP meine Assistenz, da der einheimische Kollege trotz Versprechens nicht erschien.

Das stellte mich schon vor große Herausforderungen. Aber mit Hilfe des hervorragenden Anästhesieteams ließ sich manche „Hürde“ überwinden und trotz der Arbeitsbelastung blieb der Humor erhalten.

Mir fielen die vielen deformierten Extremitäten der Kinder auf. So viele hatte ich in anderen Einsatzgebieten noch nicht gesehen. Die Vermutung, dass es sich hier um Auswirkungen extremer Mangelernährung handelt, bewahrheitete sich schnell. Säuglinge bekamen viel zu spät Beikost und sahen mit etwa einem Lebensjahr aus wie bei uns halbjährige Babys.

Auch bei dem Besuch einiger Dörfer (Foto 1) außerhalb von Gabú präsentierte sich uns das gleiche Bild. Mit dem vielen Regen schien uns das Land fruchtbar zu sein. Warum gab es auch bei dem Blick auf die örtlichen Märkte so wenig Obst und

Gemüse? Was angeboten wurde, sah erbärmlich aus. War das die Folge von zu wenig Bildung im Umgang mit Landwirtschaft und Anbau? Hat die Bevölkerung zu geringe Kenntnisse?



Foto 1. Am Sonntag in einem Dorf, Gespräch mit den Ältesten, danach gingen wir zur Schule und untersuchten dort 20 Kinder.

Der Staat steht offensichtlich vor gigantischen Problemen. Da aber in den letzten Jahren die Regierungen viel zu oft gewechselt haben, ist man mehr mit Wahlkampf und eigener Profilierung beschäftigt, als mit dem Wohl des guineasischen Volkes. Im Ministerium wurde uns die Zahl von 340 ausgetauschten Ministern in acht Jahren genannt. So kann natürlich kein Projekt beendet werden.

Die Korruption beherrscht außerdem viele Bereiche der Behörden. Ähnlich dem Kongo präsentierte sich die Bevölkerung initiativlos und lethargisch, aber weitaus freundlicher. So gingen wir nie durch die Straßen, ohne, je nach Tageszeit, von überall ein fröhliches „Bom dia“ oder „Boa tarde“ zu hören, nicht selten begleitet von der dargebotenen Hand zur Begrüßung.

Aus vielerlei Gründen gefiel mir der Einsatz ausgesprochen gut, nicht zuletzt auch dank der hervorragenden Vorbereitung durch die Projektleiterin vor Ort, Frau Angelika Schweimnitz.

Das Team verstand sich bestens und konnte sehr produktiv miteinander arbeiten.

Guinea-Bissaus Kinder brauchen aber noch lange die Hilfe des Hammer Forums. Wenn man dieses Elend sieht, möchte man ununterbrochen operieren und die kranken Kinder versorgen.

Ich käme gern an den Einsatzort zurück, um meine Erfahrung für die Not der Kinder in Guinea-Bissau einzusetzen.

Aus chirurgischer Sicht

Am 02.10. kamen wir gegen Mittag in Gabú an. Sofort begannen wir mit der Untersuchung der Kinder (Foto 2).



Unsere Ankunft hatte sich durch das Radio, Mund-zu-Mund-Propaganda und durch eine Informationsreise der Projektleiterin vor Ort in den Dörfern verbreitet. Deshalb kamen viele Kinder aus dem ganzen Land zu uns.

Diesmal habe ich über 40 erkrankte Kinder mit durch Vit.- D- Mangel verursachter Rachitis untersucht. Fast alle diese Kinder haben gebogene Beine (siehe unten). So viele auf einmal habe ich in all den Einsätzen nie gesehen.

Deshalb haben wir gleich auch mit der Aufklärung der Eltern über Ernährung angefangen und alle Kinder mit Vit. D versorgt.





Fotos 3-6 Rachitis



Wir vereinbarten einen Termin mit der Gesundheitsministerin. Da sie noch in einer Sitzung war, kam ein Stellvertreter zu uns, ein Kinderarzt. Wir besprachen die ganze Problematik mit ihm. Anscheinend waren ihm diese Probleme, insbesondere die mit Vit-D-Mangel, bekannt. Der Staat liegt am Boden und kann seine Bürger weder medizinisch versorgen, noch hat er die Möglichkeit, eine Aufklärungskampagne durchzuführen. Limitierend wirkt nicht nur die Armut der Bevölkerung, sondern vor allem der hohe Analphabetismus-Grad, vor allem der Landbevölkerung. Offiziell sollen über 40% Analphabeten sein, inoffiziell sind es sicher noch mehr. Außerdem sprachen wir über die katastrophale Situation des Hospitals in Gabú, dass dort das gesamte Personal seit einem Jahr kein Gehalt bekommen hat und deshalb nicht willig ist zu arbeiten. Alle versuchen irgendwie im und außerhalb des Hospitals Geld zu verdienen, um ihre Familien zu ernähren. Das war der Grund, weshalb der ärztliche Direktor und ein Stationsarzt je nur einmal bei uns im Operationssaal waren.

In der Zeit regnet es ständig, Malaria Erkrankungen hatten hohe Konjunktur. Deshalb war diesmal die Kinderstation voll - ausschließlich mit Malaria -Erkrankungen. Die chirurgische Station ist leer, dort lag nur ein Kind mit Verbrennung II-III Grades, ca. 40% der Körperoberfläche verbrannt. Die Behandlung des Kindes übernahmen die Eltern. Täglich wurde das Kind draußen von den Eltern geduscht.

Klinische Fälle

Wir konnten alle geplanten Operationen durchführen, weil das gesamte Team dort half wo es nötig war.

Der 6-Monate alte Säugling wurde zu uns mit einer großflächigen eitrigen Wunde an der Ellenbogenspitze links gebracht. Angeblich war die Wunde gleich nach der Geburt entstanden. Seither eitert sie. Am Wundgrund konnte man die Ellbogenspitze sehen. In

Kurzarkose wollte ich die Wunde reinigen. Zu unsere Überraschung kam die gesamte Ulna=Elle, als Sequester (abgestorbener Knochen) heraus. Das gesamte Bett der Ulna war voller Eiter.

Auch nach der Operation konnten wir nicht erfahren, wie die Wunde bzw. diese massive Knochenentzündung entstanden ist.



Fotos 7 + 8: 6 Monate alter Säugling



Elle

Das 20 Monate alte Kind erlitt als Säugling mit 8 Monaten eine Verbrennung der linken Hand. Solche Verbrennungen an der Hand im Säuglingsalter entstanden, sind überaus selten. Ich untersuchte und operierte 9 kleine Kinder. Alle Kinder hatten sich an Kohlefeuer verbrannt.



Foto 9: vor der Operation



*Foto 10: 7 Tage nach der Operation
(gelber Pfeil)*

Am ersten Tag machten wir Visite auf der orthopädischen Station des Uni-Hospitals in Bissao. Dort lag seit Monaten dieser 5-Jahre alte Junge mit fistelnden chronischen Entzündungen des Oberschenkelknochens beiderseits, ohne operiert worden zu sein (gelber Pfeil). Die Eltern brachten ihn zu uns nach Gabú. Wir operierten den Jungen und entfernten von seinen Oberschenkeln die abgestorbenen Knochenstücke (Sequester).



Foto 11 + 12: Sequester gelber Pfeil

Bei diesem 12-jährigen Mädchen mussten wir eine Osteotomie durchführen.



Fotos 13 + 14: vor und nach der Operation

Zusammenfassung

Unsere Photovoltaikanlage und alle Elektroinstallationen, die das Team aus Meinigen Anfang des Jahres fertig gestellt hatte, funktionierten weiterhin perfekt. Ebenso unser Generator, der nur während den Operationen lief.

In 10 Tagen konnte ich 243 Kinder untersuchen und 46 operieren.

Der mitgebrachte neu gekaufte Autoclav funktionierte leider nicht, weil der Druck in den Wasserleitungen zu niedrig war. Unser Medizintechniker war deshalb ziemlich frustriert und brauchte von uns einige Trostworte.

So musste auch diesmal viel improvisiert werden. Dank der großen Erfahrung von OP-Schwester Klaudia, der perfekten Organisation in allen Belangen von Angelika und der Mithilfe des gesamten Teams, konnten wir alle geplanten Operationen durchführen.

Wieder möchte ich Frau Nene, unsere Reinigungsfrau, lobend erwähnen, ohne ihr Engagement hätten wir das alles nicht geschafft - sie kam als Erste an und verließ die Ambulanz als Letzte. Einen Dank richte ich auch an Schwester Genabu für ihre Mithilfe beim Übersetzen, Verbandwechsel und überall, wo sie gebraucht wurde.



Foto 15

Das Team (von re.) Medizintechniker Herr Strauss, Dr. Emmanouilidis, Chirurg, Frau Nene, Schwester Janka (Anästhesie-Schwester), Schwester Klaudia (OP-Schwester), Dr. Beyen (Anästhesistin), Schwester Genabu und Schwester Angelika Schweimnitz (Projektleiterin vor Ort).