

## Abschlussbericht Evaluationseinsatz Herona Hospital Uganda



<b>Land</b>	Uganda
Mission	19
Spital	Herona Hospital, Kisoga, Mukono District
Fachgebiet	Allgemeine Chirurgie und Gynäkologie
Zeitraum	08. Mai bis 16. Mai 2021

## **Inhalt**

Zusammenfassung:.....	1
Medizinische und pflegerische Leitung.....	1
Strategische Planung .....	1
Partnerorganisationen.....	1
Sicherheitsstatus EDA, 31.03.2021 .....	2
Informationen zum Einsatzort.....	2
Teamzusammensetzung.....	2
Erbrachte Leistungen .....	2
Budget .....	3
Logistik und Organisation .....	3
Die Reise.....	3
Ankunft.....	4
Heron Hospital.....	5
Montag, 10. Mai.....	7
Dienstag, 11. Mai .....	8
Mittwoch, 12. Mai.....	9
Donnerstag, 13. Mai .....	10
Freitag, 14. Mai.....	11
Samstag, 15. Mai.....	11
Sonntag, 16. Mai.....	12
Abschluss .....	12
Bericht aus Sicht der Gynäkologin / Erster gynäkologischer Einsatz in Uganda .....	13
Einsatzbericht von Seiten der Chirurgie Dr.Patricia Herzig, im Heronahospital in Uganda 08.-16.05.2021 .....	14
Bemerkungen.....	15

### **Zusammenfassung:**

Das Herona Hospital hat eine vielversprechende Ausgangslage durch folgende Punkte:

- Engagiertes und zuverlässiges Team vor Ort
- Infrastrukturen, für afrikanische Verhältnisse funktioniert vieles
- Genug Betten für chirurgische Mission mit Nachsorge vorhanden
- Konventionelle Radiologie, Ultraschall und Labor sind vorhanden
- OP-Abteilung und Sterilisation vorhanden

Um in Zukunft in verschiedenen Fachgebieten zu unterstützen und benötigtes Fachwissen zu vermitteln, braucht es einen Ausbau der Infrastrukturen in Zusammenarbeit mit der englischen Hilfsorganisation IMET 2000.

### **Medizinische und pflegerische Leitung**

Anästhesie: Dr. Annatina Thürlimann

Chirurgie: Dr. Patricia Herzig, Viszerale Chirurgie

Dr. Ulrike Bergholz, Viszerale Chirurgie

Gynäkologie Dr. Birgit Lewandowski, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

### **Strategische Planung**

Einsatzort: Herona Hospital, Kisoga, Mukono District, Uganda

Fachgebiet: Allgemeine Chirurgie, Gynäkologie

Einsatzzeitpunkt: 08. Mai bis 16. Mai 2021

Ziel: 40 bis 50 Operationen, Screening von 100 Patienten

Anzahl TN CHEIRA: 12 Personen

### **Partnerorganisationen**



*Towards International Cooperation in Healthcare Education and Research*

:

## Sicherheitsstatus EDA, 31.03.2021

Die Lage in Uganda kann als relativ stabil bezeichnet werden.

## Informationen zum Einsatzort

Das Herona Hospital ist eine Non-Profit Organisation und gibt der lokalen, ländlichen Bevölkerungen in einem der ärmsten Distrikte (Mukono) in Uganda eine rudimentäre Gesundheitsversorgung.

Das Spital wurde gesponsort und ausgerüstet durch IMET2000. Durch die Armut der Bevölkerung kann der Betrieb der Klinik nicht durch die Einnahmen der Patientenversorgung aufrechterhalten werden.

Die baulichen Infrastrukturen sind für afrikanische Verhältnisse gut, aber kommen bei operativem Betrieb schnell an ihre Grenzen.

Die Leute, speziell Henrygarvin Mukalazi, sind sehr engagiert und das Spital ist sein Werk. Er studiert im letzten Jahr Medizin und leitet mit seiner Frau zusammen die Klinik.

Henrygarvin ist sehr zuverlässig, 100 % engagiert und kommuniziert zeitnah und kompetent. Er ist die wichtigste Ressource des Spitals und Garant, dass die Mittel für die notleidende Bevölkerung eingesetzt werden.

Die wichtigsten Punkte, in die investiert werden müsste, werden in einem eigenen Kapitel aufgeführt.

## Teamzusammensetzung

TEILNEHMENDE	FUNKTION
ANNATINA THÜRLIMANN	Anästhesistin
LEWANDOWSKI BIRGIT	Gynäkologin/ Geburtshilfe
PATRICIA HERZIG	Chirurgin
ULRIKE BERGHOLZ	Chirurgin
BERNHARD KOHLER	HNO-Arzt
EVELINE FUCHS	OP-Fachfrau, Cheira Materialverantwortliche
HUBERTUS HABEL	Experte für Anästhesiepflege, Verant. Anästhesiematerial
MICAELA LORENZI	OP-Fachfrau
SEBASTIAN GILLIAND	OP-Fachmann
FABIAN LEWANDOWSKI	OP-Fachmann
SIMONE IEROPOLI	Expertin für Anästhesiepflege

## Erbrachte Leistungen

Untersuchte Patienten		
Chirurgie	85 Patienten	
Gynäkologie	18 Patientinnen	
Diverses und Kinder	25 Patienten	
<b>Operationen</b>	<b>Total</b>	<b>52</b>
Hernien	27	

Weichteiltumore	18	
Gebärmutterentfernung	4	
Myomentfernungen	2	
Kaiserschnitt	1	
Tu Abklärungen	3	Finanzierung weiterführender Diagnostik ohne Eingriffe

## Budget

Das Budget konnte eingehalten werden. Mit dem Leiter der Klinik wurde ein Pauschalbetrag von 300 US-Dollar pro OP vereinbart. Somit wurde der budgetierte Betrag unterschritten und die Mehrkosten durch die PCR Test etc. konnten kompensiert werden

## Finanzabrechnung Andreas

## Logistik und Organisation

Die personelle Logistik war durch die immer noch geltenden diversen Corona-Auflagen erschwert. Alle Länder haben unterschiedliche Vorgaben – und diese waren konstant in Veränderung. Schlussendlich mussten wir 72 Stunden vor Einreise am Flughafen Amsterdam als Transitpassenger einen PCR Test aufweisen. Uganda war mit 96 Stunden Zeitlimit vor Einreise grosszügig und so konnten alle am Samstag um 07.00 Uhr einen Negativtest der KLM vorweisen.

Die Logistik des Materials war durch die Unsicherheiten bezüglich vorhandenen Materials und Infrastrukturen nicht einfach. Ziel war das Spital, die Infrastrukturen und die bestehenden Prozesse zu testen und dies mit einfachen Standard-Eingriffen. So wurden schon vorab diverse Anfragen zu spezialisierter Chirurgie abgelehnt.



## Die Reise

Am einfachsten war die Anreise über Amsterdam. Die KLM hat gute Verbindungen nach Uganda und gab uns zwei Gepäckstücke zusätzlich als Freigepäck mit.

Schwierig und aufwendig waren die Corona-Vorgaben zu recherchieren und einzuhalten. Schlussendlich waren dann doch in drei Ländern (Österreich, Deutschland, Schweiz) die PCR Tests negativ und am Samstag um 07.00 Uhr ging die Reise los. Die Österreicher trafen wir in Amsterdam und das Team war komplett.

Das regnerische Wetter in Entebbe beeindruckte uns nicht, denn wir waren ja zum Arbeiten da.

Bei der Gepäckausgabe, merkten wir dann, dass Air France und KLM der gleiche Konzern ist und meldeten den Verlust der Kiste mit allen unserer Necessaires im Lost and Found. Wenigstens wussten wir nach wenigen Minuten, dass die Kiste noch in Amsterdam ist und am Dienstag kommen wird.

## Ankunft

Am Flughafen teilte sich die Gruppe. Drei mussten (wie immer) beim Lost and Found Büro eine Kiste vermisst melden, der Rest ging zum Gepäckband alle Kisten einsammeln. Beim Flughafenausgang wurde dann die «blauen Lawine» (11 blaue Kisten) durch den Zöllner gestoppt. Er hyperventilierte leicht, trotz der von uns vorgewiesenen Einladung durch den Gesundheitsminister.

Wir liessen ihn Henrygarvin vor der Tür anrufen und wurden mit Verwarnung, dass wir beim nächsten Mal alles anmelden müssten, ziehen gelassen.

Nach kurzer Fahrt zum Hotel, waren alle müde und glücklich, endlich in Uganda zu sein. Alles in dem Hotel war dunkel – wie noch öfter waren wir die einzigen Gäste. Der gesamte Tourismusbereich steht mehr oder weniger auf Stand-by.

Aber ein letztes kaltes Bier wurde gefunden und danach auch das Bett.

Nach dem Frühstück, dem Wechseln von Geld, da das Hotel trotz Ansage nicht kreditkartenfähig war, ging es in den nächsten Supermarkt, um den Ausfall der Necessaires zu kompensieren (Die Kiste weilte noch in Amsterdam).

Die Fahrt nach Kisoga dauerte ca. 2 Stunden und ging von Entebbe nach Kampala. Nach der Durchquerung der am schnellsten wachsenden Stadt in Afrika, ging es weiter aufs Land nach Mukono. Hier bezogen wir das Motel und fuhren zügig weiter, um das Spital zu sehen und mit dem Screening zu beginnen.



## Herona Hospital

Was für eine Überraschung, als wir mit echtem roten Teppich und Tanzgruppe und Trommelmusik empfangen wurden. Die Freude, dass wir nach all der Planung wirklich den Weg zu ihnen gefunden hatten, war riesig. Das gesamte Spitalpersonal stand Spalier.



Wir erhielten erst ein kleines Frühstück, eine Besichtigung des Spitales und sahen dann mit grossen Augen zwei grosse Zelte mit den wartenden Patienten. Die bangen Blicke, die Hoffnung auf Hilfe und Behandlung waren nun real zu spüren.

Wir teilten uns auf in zwei Screening-Teams. Die beiden Chirurgen in einem Büro, im anderen Büro war die Gynäkologin. In einem weiteren Raum neben dem Labor die Anästhesiesprechstunde.

Schnell wurde ersichtlich, dass die gesendete Patientenliste von Henrygarvin nicht zu gebrauchen war. Eigentlich nichts Neues, aber da wir die



Philosophie haben, dass wir MIT den Einheimischen arbeiten und nicht kommen und gleich sagen, wie alles gemacht wird, war der Anfang schwierig. Es wurde ersichtlich, dass die Leute vor Ort wenig Ahnung hatten, wie man ein Screening organisiert und so strömten die Patienten, die für eine OP vorgesehen waren, alle gleichzeitig zur Anästhesistin, die bald begründet den Überblick verlor.

Als Koordinatorin lernte ich, dass ich bei neuen Destinationen, auch wenn diese Spitäler zum Teil schon Missionserfahrungen haben, allen erst erklären muss, wie es läuft. Eine Aufgabe für die Zukunft für mich ist die Erstellung eines festen Ablaufes, inklusive Funktionsbeschreibungen aller Beteiligten. Zudem braucht das Screening bei einer neuen Destination zwei Tage.

Durch die Übernachtung am Flughafen, die längere Anfahrt, das Hotel beziehen etc. dauerte alles länger als gedacht und vorab benötigte Klärungen der Aufgaben und Abläufe blieben auf der Strecke.

Bei neuen Destinationen gibt es viele Risiken abzuwägen. Natürlich kann man zwei Wochen planen, damit man in Ruhe arbeiten und das OP-Programm gestalten kann. Wären aber wirklich (was vorkommen kann) keine Operationen möglich gewesen, hätten 12 Leute zwei Wochen Urlaub für nichts geopfert.

Das Anästhesieteam kam dann mit der Hiobsbotschaft, dass das Narkosegerät nicht für Vollnarkosen tauglich sei. Kein Sauerstoff, keine Druckluft, keine Absaugvorrichtung. Die Bilder, die wir von einem Narkosegerät erhalten haben, waren nicht von dem Gerät vor Ort. Der zweite Saal hatte kein Narkosegerät. Mir ist nicht klar, ob Henrygarvin so verzweifelt wollte, dass wir kommen, dass er hier und bei ein paar anderen Aussagen etwas geschummelt hat. Während der Woche kam dann in einem Gespräch auch die Erkenntnis, dass die Medical Camps, die bereits stattgefunden hatten, nicht chirurgischer Art gewesen waren.

Die Patienten wurden dementsprechend selektioniert, dass man die Eingriffe in Regionalanästhesie durchführen konnte. Ich war sehr froh, dass wir uns auf das relativ einfache Gebiet der diversen Leistenbrüche und Gynäkologie für den Anfang festgelegt hatten.



Der zweite OP-Saal wurde mit Überwachungsgeräten ausgerüstet, damit dort junge und risikoarme Patienten in Regionalanästhesie operiert werden konnten.

Zudem entschied ich, dass zukünftig alle neuen Einsatzort nur noch mit einem Team besucht werden. Der administrative Aufwand ist gleich gross, bei der halben Anzahl Operationen, die durchgeführt werden können. Zudem steht bei einem Ausfall einer Fachperson (Magen-Darmprobleme) meist die ganze Mission still. Aber trotzdem ist das Risiko mit zwei Teams zu fahren, wenn noch viele Fragen offen sind, gross. Bis jetzt konnten wir uns jedes Mal mit Flexibilität behelfen, doch dies muss nicht immer so sein.

Zudem wird, wenn irgendwie möglich ein Rekognoszierungsteam vorab geschickt, zusammengesetzt aus einer Fachperson Anästhesie, einer OP-Spezialistin und jemandem, der unsere administrativen Vorgaben kennt. Dies war für Uganda für den 20. Mai geplant, aber wurde infolge Corona abgesagt.

Nachdem immer mehr Patienten in den Warteraum strömten und die Patientenlisten für die OP-Listen sich schnell füllten, stoppte ich das Screening für den ersten Tag und der zweite Teil wurde auf den 2. Tag nach dem OP-Programm verlegt.

Es wurde ein OP-Programm für den ersten Tag mit dem Team abgesprochen. Die Namen der Patienten wurden an die Administration der Klinik gegeben. Der Kleinbus war zu klein, so fuhr das Team ins Restaurant und ich versuchte die weiteren Tage zu planen. Die Übermittlung des OP-Programms an das Team war nicht möglich, da in dem Spital das Wifi nicht funktionierte. Es wurde wegen finanziellen Problemen nicht mehr betrieben. Gott sei Dank hatte Bernhard Kohler der ORL-Facharzt ein mobiles WLAN dabei. Dies wird in Zukunft auch auf der Liste der Dinge sein, die man bei einem neuen Einsatzort mitnimmt, denn im Team ist sonst die schnelle Kommunikation bei Änderungen der Planung (was etwa alle 30 Minuten vorkommt) nicht möglich.

Das Nachtessen in dem Restaurant war gut, aber wir lernten wieder, dass wir die Uhren haben und die Afrikaner die Zeit. Von der Bestellung bis zum Service vergehen gerne 1 ½ Stunden. Somit wurden die Nachtessen in allen Lokalen sehr zeitintensiv.

Die zweite Nacht in Uganda in unserem Mukono Hotel begann. Das Motel hatte nur eine kleine öffentliche Bar. Ein Garten/Raum, um in Ruhe Teambesprechungen durchzuführen gab es leider nicht.

## **Montag, 10. Mai**

Leider liegt das Motel in Mukono-Stadt. Konstantes Hundegebell, Krach aus den umliegenden Häusern, dann der Muezzin mit seinen über Lautsprecher geteilten Gebeten, liessen die Wenigsten von uns schlafen.

Zudem kam irgendwie einfach kein warmes Wasser aus der Dusche. Das Team schlug sich tapfer und es waren am Morgen alle rechtzeitig beim Bus zum 30 Minuten Transfer ins Spital.

Das Frühstück war dort nicht vorhanden und das Team machte sich hungrig an die Arbeit. Die OP-Fachleute fanden einen Chapati-Stand mit Tee und so wurde eine einfache Möglichkeit gefunden die Hungrigen mit Wenigem (aber sehr leckerem Chapati) zu versorgen.

Wie immer waren dann einige Patienten nicht zu finden, alle anderen warteten in dünnen Stoffmäntelchen vor dem OP und froren. Wir versuchten mit den einheimischen Pflegefachfrauen zu diskutieren, dass nur 1 oder 2 Patienten dort warten sollten und der Rest in den Zimmern, bis es dann so weit sei, da frierende Patienten keine gute Ausgangslage seien. Das wurde manchmal umgesetzt, aber wenigstens hatten dann die Wartenden eine grosse, warme Decke und froren nicht mehr.



Ich verbrachte viel Zeit damit, immer wieder Dinge wie Wasser, Kaffee, Mittagessen, etc. zu organisieren. Im Mai ist Regenzeit und manchmal waren die Regenfälle so stark, dass das Wasser in das Spital drang. So kam das Essen später, weil das Auto des Kochs nicht beladen werden konnte.

Schwierig in der Administration war die Ausgangslage, dass vieles am Anfang noch nicht funktionierte.

Konstant schwierig blieb die Kommunikation des OP-Programmes, da es erst zu Henrygarvin geschickt werden musste und von ihm an den verantwortlichen Drucker und dann kam nur ein Teil des Programmes aus dem Drucker. Da dann ein Patient nicht gefunden wurde oder später kam oder gar nicht kam, war das Programm schon wieder veraltet. Daher werden wir sicher beim nächsten Einsatz einen eigenen kleinen Drucker mitnehmen. Die gesamte IT in dem Spital ist veraltet und als ich das Programm selber ausdrucken wollte, sah ich auf dem Bildschirm 6 grosse schwarze Löcher. Kein Wunder kann da der engagierte Administrationsmitarbeiter keine guten Ausdrücke gestalten.

## Dienstag. 11. Mai

Langsam spielten sich die Abläufe bei allen ein und die Aufgaben wurden nicht nur im Team, sondern auch in der Zusammenarbeit gefunden. Die Umgangsformen wurden ruhiger und die OP-Programme wurden bewusst so gehalten, dass die beiden Säle um 16.00 Uhr fertig wurden.



Am Dienstag kam zudem kurzfristig ein Kaiserschnitt auf das Programm. Die Gynäkologin Birgit Lewandowski führte ihn mit dem lokalen Chirurgen durch. Das lief gut und unsere Technik der Blutkoagulation der Gefässe wurde in ihre Technik integriert. Das Halten und die Übergabe des Säuglings an die Hebamme entsprachen der Art und Weise, wie wir das früher machten.

Da alle Operateurinnen schnelle OP-Zeiten vorlegten, wurden am Mittwoch weitere Patienten für ein Screening aufgeboten, damit die Programme bis Samstag aufgefüllt werden konnten. Die Reserve OP-Tage,

Sonntag und Montag, wurden gestrichen, da die Anästhesistin Samstagnacht abreiste und die Anästhesisten vor Ort mit diesem Gerät nicht unseren Sicherheitsstandards erreichten.



Am Abend wurde eine nahegelegene Lodge besucht. Die Bush Baby Lodge ist ein kleiner weisser Traum von Afrika. Über eine typische afrikanische Schotterstrasse, die wir lieber zu Fuss bewältigten, kam man zu einem traumhaften Anwesen mit offener Reception und Bar, Buffet, Lagerfeuer und kleinen gemütlichen Bungalows. Vom Preis her war natürlich das Motel wesentlich günstiger, aber mir wurde bewusst, dass das Team ein solches Umfeld zur Erholung braucht. Die gesamten kulturellen und arbeitstechnischen Herausforderungen mit dem

Kulturschock und der Reizüberflutung, sind für alle eine grosse Herausforderung, speziell bei diesem Team, bei dem sich viele nicht kannten und auch einige überhaupt zum ersten Mal in Afrika waren.

## Mittwoch, 12. Mai

Beim Screening am Mittwoch wurden weitere Patienten auf die OP-Liste genommen und beide Säle liefen mittlerweile ruhig und ohne Zwischenfälle.

Das Programm wurde auch am Donnerstag um 16.00 Uhr beendet und an diesem Abend ging der Ausflug zu einem schönen Wasserfall.



Danach gingen wir essen in einem guten Hotel in Mukono, was aber auch wieder eine Angelegenheit von über zwei Stunden wurde.

## **Donnerstag, 13. Mai**

An dem Tag musste ein Eingriff in Lokalanästhesie (gutartiger Weichteiltumor) abgebrochen werden, weil der Patient toxisch auf das Lokalanästhetika agierte.

Zudem wurde mir ein Patient vorgestellt. Ein junger Mann von 21 Jahren, der aus dem Grenzgebiet aus Kenia angereist war. Er hatte einen riesigen, infizierten Tumor am Fuss. Er hatte fürchterlichen Schüttelfrost und auch alle anderen Gelenke waren geschwollen. Die Diagnose war unklar und da der Tumor schon seit über 6 Jahren wuchs, war der Verdacht auf einen Knochenkrebs gering.

Wie er da schlotterte und todkrank war ohne, dass wir ihm helfen konnten, war frustrierend und belastend. Der Gestank lag nach seinem Verbandwechsel im gesamten Spital. Wie hielten das die Angehörigen aus? Sie hatten schon all ihr Geld ausgegeben, um ihm zu helfen. – Eine Amputation war sicher indiziert, der Fuss war nicht zu retten, aber was half das, wenn die Grunderkrankung nicht geklärt werden kann?

Cheira übernahm die Weiterversorgung, nur leider brachte die Biopsie auch keine Antwort.

Wieder konnten wir um 16.00 Uhr das OP-Programm beenden und um 16.30 Uhr fuhren wir an diesem Abend Richtung Victoria-See. Vor dem Verlassen des Dorfes hielt der Bus an und Henrygarvin zeigte uns das zukünftige Haus zur Unterkunft der Missionsteilnehmenden.

Wir spazierten 5 Minuten den Hang hinauf und wurden von einem wunderschönen Neubau überrascht. Das Haus kann gut 10 Leuten zukünftig Unterkunft gewähren und verfügt über alles, was man braucht. Mit den Pflanzen im Garten ist man inklusive Kaffee Selbstversorger. Ich hoffe sehr, dass wir bei unserem nächsten Einsatz in Herona diese Unterkunft nutzen können. Der Weg nach Mukono ist mühsam und zu zeitintensiv. Zudem ist mit dem Umgebungslärm für viele nicht einfach, genug Schlaf zu bekommen.

Der Victoria-See ist das grösste Binnengewässer in Afrika. Er hat etwa die Grösse Irlands und grenzt an die Länder Kenia, Tansania und Uganda. An seinen Ufern lebten 2007 ca. 30 Millionen Menschen.

Für uns erstaunlich, dass kaum Boote auf dem Wasser sind. Es gibt keine Segel - oder Motorboote, ausser die Fischerboote. Ein paar Fähren verbinden die Häfen, sonst ist der See ziemlich leer und kaum ein Mensch ist im Wasser. Der Grund ist Bilharziose:

*Die **Bilharziose** ist eine Tropenerkrankung, die durch einen Wurm - den Pärchenegel - ausgelöst wird. Nach Malaria ist die Bilharziose eine der verbreitetsten parasitären Infektionskrankheiten weltweit. Sie ist besonders in Entwicklungsländern ein großes Problem, etwa in Afrika, Lateinamerika und Südostasien. (Netdoktor.de)*

Wir beobachten die verschiedenen wunderschönen Eisvögel beim Jagen und trafen die Fischer, die grosse Flächen mit kleinen Fischen zum Trocknen auslegen. Es wäre alles sehr idyllisch, wenn wir nicht überall mit den unendlichen Plastikmüll konfrontiert worden wären.

Zurück in Mukono entscheiden wir uns, das Nachtessen mit den eigenen Fressalien aus Österreich zusammenzustellen und auf die 2 ½ Stunden Essensprozedur im Restaurant zu verzichten.

Der Innenhof des Motels wird von Cheira in Beschlag genommen. Wir geniessen den Abend und sind froh nicht in einem Restaurant sitzen zu müssen.

## Freitag, 14. Mai

Als erstes wird Simone mit einem Happy Birthday begrüsst. Seit Dienstag haben wir mit Obama (so haben wir unseren Hotel Manager genannt, da er aus dem gleichen Dorf kam, wie die Grossmutter von Barack Obama) abgemacht, dass wir morgens um 06.45 Uhr im Motel frühstücken. Die Österreicherinnen hatten Esswaren aus der Heimat mitgebracht, da sie kein medizinisches Material mitnehmen mussten. So konnten wir Simone mit dem ersten Kaffee schon hochleben lassen.

Danach wurde wieder in beiden Sälen bis am späten Nachmittag operiert. Die vier Leute, die für den Samstag-Flug gebucht waren, durften um 14.00 Uhr noch den PCR Test über sich ergehen lassen.

Den gemeinsamen Abschlussabend wollten wir nochmals in der Bush Baby Lodge feiern. Zum Geburtstag bekam Simone eine heisse Dusche in der Lodge geschenkt. Gewisse eifersüchtige Personen hatten Mühe, dass sie weiterhin sozusagen «kaltgestellt» wurden.

Als Überraschung kam an dem nochmals eine Trommel und Tanzgruppe zu unserer Unterhaltung und wir hatten viel Spass, da wir auch mal auf den Putz (Trommel) hauen durften. Zudem kam an dem Abend der Gesundheitsminister des Mukono Distriktes und dankte uns herzlich für unseren Einsatz. Als Geschenk erhielten wir alle eine schwere Glaskeramik mit einem Foto von uns und herzlichen Dankesworten für unseren Einsatz.

Das gesamte Team genoss die Darbietungen und das gemütliche Lagerfeuer und fand langsam in die andere Art des Lebens in Afrika.



## Samstag, 15. Mai

Am Samstag wurde nochmals den ganzen Tag operiert. Um 16.00 Uhr brachen die vier Rückreisler Richtung Motel auf, um dort nochmals kalt zu duschen und dann die Heimreise anzutreten. Sie hatten alle einen negativen PCR Corona-Test und so verabschiedeten sich alle herzlich mit der Hoffnung sich spätestens im nächsten Jahr wieder im Herona Hospital zu treffen.

Die Kisten waren wieder gepackt worden und mit einem gewissen Aufwand auf die verschiedenen Reisegruppen verteilt worden. Das restliche Team hatte das Gepäck schon aus dem Motel mitgenommen und zog für die letzte Nacht ins Bush Baby Hotel.

## Sonntag, 16. Mai

Traditionell besuchten wir in Afrika einen Gottesdienst, hauptsächlich um den schönen Stimmen und Musikeinlagen zu lauschen. Wir wurden herzlich begrüsst und unser Einsatz wurde vom Pfarrer und der Gemeinde herzlich verdankt.

Wir fuhren mit dem Team-Bus nach Jinja, eine grosse Stadt am Viktoria See und der vermeintlichen Quelle des Nils.

Drei Mitglieder des Team traten hier ihre Reise in den Norden des Landes an. Sebastian verbrachte zwei Tage am idyllischen Nil und reiste dann zurück in die Schweiz. Eine Gruppe von 5 hatte kurzfristig eine Reise in den Westen Richtung Kongo gebucht und erlebte ein faszinierendes Land mit Dschungel, Schimpansen, dem Queen Elisabeth Nationalpark voller Tiere, überquerten den Äquator und fanden ihren Abschluss in dem kleineren, aber auch sehr schönen, hügeligen Nationalpark Lake Mburo. Uganda ist mehr als eine Reise wert!



## Abschluss

Es freute mich sehr, dass sich alle Teammitglieder für einen weiteren Einsatz im Herona Hospital zur Verfügung stellen wollen. Trotz schwierigem Start konnten wir 52 Operationen durchführen und über 100 Menschen beraten und oft auch beruhigen.

Viele Pendenzen müssen bearbeitet werden, bis wir dort mit gutem Gewissen Vollnarkosen durchführen können, aber die Probleme sind lösbar. Wir bleiben dran!

Gerne bedanke ich mich beim gesamten Team für ihren grossartigen Einsatz. Ein Evaluationseinsatz ist nie einfach und die benötigte Flexibilität und die Akzeptanz sehr beschränkter Ressourcen sind anstrengend und ungewohnt. Alle haben Ihre eigenen Bedürfnisse reduziert und das hat das Team zusammengeschweisst.

Auch dem Team in Uganda danke ich, Sie haben uns ausgesprochen herzlich empfangen, uns konstant unterstützt und unsere Vorstellungen immer versucht zu verstehen und zu erfüllen.

Manuela Gübeli hat grossartige Vorarbeit geleistet und sorgt für eine gute und konstante Kommunikation. Vielen Dank auch Dir!

Dem Cheira Vorstand danke ich für die Unterstützung und das Vertrauen in mich.

Astrid Bergundthal, Missionskoordinatorin



## **Bericht aus Sicht der Gynäkologin / Erster gynäkologischer Einsatz in Uganda**

Es folgt eine Zusammenfassung meines ersten humanitären Einsatzes in einem Land ausgeprägter Armut der überwiegenden Bevölkerung.

Einsatz 8.-18.5.2021 Herona Hospital aus Sicht der Gynäkologin

Über eine enge Korrespondenz zwischen Astrid Bergundthal und Henrygarvin hat im Vorfeld in Rücksprache mit mir, Birgit Lewandowski, Belegärztin im Stephanshorn, St. Gallen, eine Rekrutierung von ca. 50. Patientinnen stattgefunden.

Diese Patientinnen sind in Anlehnung der operativ machbaren Möglichkeiten ausgewählt worden. Bereits bei unserer Ankunft am ersten Nachmittag wurde eine Vielzahl von Damen im Alter zwischen 25 und 65 Jahren untersucht und triagiert. Vornehmlich handelte es sich für die Region typischerweise vermehrten Auftretens von Uterus myomatosus enormer Größe mit Verdrängungen der benachbarten Organe, wie Blase und Darm, was zu den entsprechenden Beschwerden führt. Ferner beeinträchtigt es vielfach den Kinderwunsch. Zwei weitere vorherrschende Krankheitsbilder waren durch zahlreiche Geburten hervorgerufene Senkungen des Beckenbodens und durch fehlende

Krebsvorsorge das Zervixkarzinom, welches durch das gleichzeitige Auftreten von HIV begünstigt wird.

Die genannten und operativ versorgten Krankheitsbilder implizieren gleichzeitig weitere Tätigkeitsbereiche und Optimierung des Vorgehens in der ansässigen Frauenheilkunde. Hilfreich wären vor allem ein brauchbares Ultraschallgerät und ein gynäkologischer Untersuchungsstuhl gewesen, um exaktere Diagnosen treffen und Fehldiagnosen zu vermeiden zu können. Mit einem entsprechenden Setting könnte man hier auch im Teaching viel Erfahrung weitergeben. Weiteres Stichwort: Konservative Therapie von Beckenbodensenkung, durch Pessartherapie.

Soweit die Operationen nicht übermäßig anspruchsvoll waren, und einer guten intraoperativen Kommunikation bedurften, haben wir die ansässigen Ärzte als Assistenten am OP Tisch eng mit eingebunden. Vor allem wäre hier das Übernehmen der wesentlichen, atraumatischeren Sektio mit weniger Blutungen, einfacherer Nahttechniken und schonenderer Kindsentwicklung ein großer Fortschritt.

Überleitend gibt es auch in der Geburtshilfe enormes Verbesserungspotential, um den Gebärenden Unterstützung zu bieten.

Die Gebärräume im Heronahospital sind allein mit weißen, verschmutzten Kacheln und abgearbeiteten, schwarzen, unhygienischen Pritschen ausgestattet. Gebärende hocken alleingelassen auf dem kalten Kachelboden, was jeglicher Geborgenheit entbehrt. Hier wäre sicherlich mit einigen wenigen Möglichkeiten Verbesserung zu erzielen.

Warme Tücher und Wäsche sind wahrscheinlich auch Mangelware wegen einer fehlenden Waschmaschine.

Nach wie vor wird die gesamte Wäsche vielfach im gesamten Land noch von Hand gewaschen und an der staubigen Luft getrocknet.

Inwiefern allerdings eine Waschmaschine das Stromnetz und die Wasserversorgung überbeanspruchen würde, ist schwer einzuschätzen, aber einen Versuch wert.

Leider war in dieser Woche auch zu wenig Zeit für die Evaluation von Aufklärungskampagnen. Eine Einschätzung des aktuellen Wissensstandes, der Bedürfnisse und das gemeinsame Kreieren von Lösungen zur Selbsthilfe wäre sicherlich nachhaltiger vor allem in der Frauenheilkunde.

Ist eine Aufklärung über Verhütung von zu vielen Schwangerschaften erforderlich oder gewünscht, was die Armut der einzelnen Familien auf jeden Fall senken würde.

Das Anpreisen von Kondomnutzung, (HIV) Implanoninsertionen bei jungen Frauen, damit Ausbildungen vollendet werden können und Vasektomien zu Reduktion der Familiengrösse sind hier ein Thema, jedoch wahrscheinlich nicht mehr unbekannt, oder zu wenig akzeptiert und primär zu teuer und unzugänglich.

Durch weiterhin enge medialen Kontakte zu Henrygarvin werden ich meinerseits versuchen, uns den Bedürfnissen im Herona Hospital anzunähern, um weiterhin eine hilfreich Hand bieten zu können.

Birgit Lewandowski

**Einsatzbericht von Seiten der Chirurgie Dr.Patricia Herzig, im Heronahospital in Uganda 08.-16.05.2021**



Nach mehrfachen chirurgischen Einsätzen in Afrika beginnt mein Einsatzbericht definitiv mit der Freude und Einsatzbereitschaft des lokalen Teams. Noch nie wurde ich mit derartiger Herzlichkeit und Freude, schon gar nicht mit einem roten Teppich, empfangen.

Das chirurgische Können der Chirurgen vor Ort ist definitiv verbesserungswürdig, was jedoch nicht an der Willenskraft sondern an den deutlich reduzierten Ausbildungsmöglichkeiten in Uganda liegt. Bei einer Bevölkerung von 40 Millionen Menschen verfügt es lediglich nur über eine kleine Anzahl von Fachkräften, weil die Ausbildung nur finanzkräftigen Prozenten der Bevölkerungsschicht obliegt.

Wegen der fehlenden Vollnarkosemöglichkeiten waren größere chirurgische Eingriffe nicht möglich, wobei die Patienten diesbezüglich auch meistens zu spät kommen. Die Kooperation mit der Radiologie war exzellent, die Diagnosen stets korrekt. Wenn man eine gewisse Fähigkeit zur Spontaneität mitbringt, ist vieles in Afrika plötzlich möglich. Wäre mehr Vorsorge möglich, wäre Uganda eine visceralchirurgische Herausforderung.

Für uns als Chirurginnen war der Einsatz äußerst erfreulich, und wir waren beherzt bei der Sache. Auch haben wir versucht, soviel wie möglich zu erklären und weiterzugeben. Wir sind definitiv an weiteren Einsätzen interessiert und wünschen dem Herona KH viel Glück mit uns 😊

## Bemerkungen

Die wichtigsten Themen zur Verbesserung der Grundversorgung des Spitals:

Die Energieversorgung brach doch des Öfteren zusammen. Der Notfallgenerator sprang nicht sofort ein.

Zudem sind die Stromrechnungen für das Spital eine echte Belastung. Es wäre zu überlegen, ob eine Solaranlage nicht eine nachhaltige Lösung wäre

Das Wasser ist vorhanden, aber es kam zum Teil nur spärlich und die gesamten sanitären Anlagen müssten instandgehalten werden. Die gesamte Wäsche ist spärlich vorhanden und wird scheinbar von Hand gewaschen. Dies entspricht sicher nicht der gewünschten Hygiene vor Spital und OP-Wäsche.

Das Narkosegerät müsste aufgerüstet werden. Zudem wäre dann auch die Ausbildung der Anästhesieleute vor Ort ein Thema.

Die Erledigung dieser drei Pendenzen würden eine Basis schaffen in verschiedenen Themen:

- Schulung Chirurgen, Narkosefachleute, Medizintechniker
- Geburtshilfe, Frauenberatung etc.
- Fachspezifische Missionen, wie Handchirurgie, Augenbehandlungen, plastische Chirurgie bei Verbrennungen etc. durchzuführen.