

CHEIRA INTERPLAST SWITZERLAND ENFANTS POUR EUX



Mission 7 – 2018

Burkina Faso
Kinderspital Persis, Yatenga
12.01. bis 27.01.2018
Bericht über die Mission

Verfasserinnen und Verfasser

Dr. Urs Hug, Medizinischer Leiter
Patricia Kammermacher, Ergotherapeutin
Anita Gisin, Ergotherapeutin
Cornelia Struchen, Ergotherapeutin
Astrid Bergundthal, Missionskoordinatorin

Inhalt

An der Mission beteiligte Organisationen aus der Schweiz	3
Finanzielle Unterstützung	3
Sponsoren / Sach- und Materialspenden	3
Die Mission im Überblick	4
Teilnehmende	5
Unsere Leistung in Zahlen	6
Kosten der Mission (CHEIRA)	6
Einsatzbericht aus der chirurgischen Sicht des medizinischen Leiters	7 – 10
– Vorgeschichte	7
– Standort chirurgische Einsätze	7
– Team	8
– Patientinnen und Patienten	9 – 10
– Zukunft	10
Die erste Handmission Interplast / CHEIRA aus Sicht der Koordinatorin	11 – 20
– Unsere Ziele	11
– Vorbereitung	11
– Die Reise	12
– Patienten-Triage	13 – 14
– Sonntag, 14. Januar 2018	15
– Montag, erster OP-Tag	16
– Operationsbetrieb	17
– Kommunikation: Es lebe WhatsApp	17
– Sicherheit	17
– Patienten-Aufruf	17
– Wochenende	18
– Zweite Woche	19
– Krankheitsausfälle Team	20
– Zusammenfassung	20 – 21
Die Grenzen	21
Anhang: Konzept, Ideen und Material Ergotherapie	22
Auswertung Ergotherapie	22 – 24
– Organisatorisches	22
– Was hat sich bewährt	23
– Optimierungspotential	23
– Material	24
– Schienen	24

An der Mission beteiligte Organisationen aus der Schweiz

- **CHEIRA – Swiss Humanitarian Surgery**
Finanzierung, Organisation, Administration
<http://www.cheira.org>
- **Interplast Schweiz**
Vereinigung der Plastisch-Rekonstruktiven Chirurgen
<https://www.interplast-switzerland.ch/>
- **Ensemble pour Eux**
Pflege der Patienten, Freiwilligenarbeit durch Pflegefachfrauen
aus der Westschweiz und Stellen des Animationsteams
www.ensemblepoureux.org/noma/

Finanzielle Unterstützung

Diese Mission wurde ermöglicht durch die Unterstützung von:

- Gebrüder Kägi Stiftung, Lichtensteig
- Georg und Bertha SCHWYZER-Winiker STIFTUNG, Zürich

Sponsoren / Sach- und Materialspenden

Lagerplatz für Material gratis zur Verfügung gestellt von der
Scheidweg Garage, Appenzell

Air France
Lohmann & Rauscher
Ulrich AG, St. Gallen
Schülke



Die Mission im Überblick

Einsatzort	Kinderspital Persis, Ouahigouya, Burkina Faso	
Fachgebiet	Handchirurgie, plastische Chirurgie	
Datum des Einsatzes	12.01. bis 27.01.2018	
Ziel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spezialisierte Handchirurgie-Mission 2. Evaluation und Konzeptionierung nachhaltiger Handchirurgie unter Berücksichtigung der lokalen Begebenheiten 3. 50 bis 70 Eingriffe, inklusive zusätzlicher kleiner Eingriffe plastisch-rekonstruktiver Chirurgie 	
Anzahl Missionseilnehmende	14 Cheira 2 Pflegefachfrauen finanziert durch Cheira im Einsatz für Ensemble pour Eux (perioperative Pflege)	
Partnerorganisationen	Interplast	Chirurgen
	Ensemble pour Eux	perioperative Pflege
Budget durch Cheira finanziert	52'000 SFR	
Sicherheitsstatus Burkina Faso, Regiom Yatenga	EDA: Wird abgeraten	



Teilnehmende

Vorname, Name	Funktion
Dr. Hug Urs	Med. Leitung
Bergundthal Astrid	Admin. Leitung
Dr. Bodmer Elvira	Handchirurgie
Dr. Merky Dominique	Handchirurgie
Dr. Breitenmoser Ivo	Anästhesiefacharzt
Nideröst Doris	Expertin Anästhesiepflege
Von Niederhäusern Sven	Experte Anästhesiepflege
Breu Bettina	OP Fachfrau
Thomann Annika	OP Fachfrau
Fuchs Eveline	OP Fachfrau
Struchen Cornelia	Ergotherapie
Kammermann Patricia	Ergotherapie
Gisi Anita	Ergotherapie
Müller Patricia	Ergotherapie
EPE	
Romy Büsser	Pflegefachfrau EPE
Anigna Waldegg	Pflegefachfrau EPE

Unsere Leistung in Zahlen

Anzahl Konsultationen	140
OP-Stunden, Anzahl	98
Anästhesiestunden	150
Röntgenbilder	15
Operationen	58
Tumorentfernung	13
Tumorbiopsien	2
Rekonstruktionen Hände nach Verbrennungen mit Vollhaut	22
Rekonstruktionen Hände nach Trauma anderer Art	12
Missbildungen	3
Wundrevision chronische Wunden / Debridement / Defektdeckungen	6
Plastisch-rekonstruktive Eingriffe Gesicht, Füsse	2

Kosten der Mission (CHEIRA)

7 – Burkina Faso (Handmission)	Total Kosten
Verbrauchsmaterial Pflege	5'234.78
Verbrauchsmaterial Instrumente	3'276.60
Diverser Materialaufwand	669.55
Medikamente / Arzneimittel	2'415.45
Miete Spital / Operationssaal	18'123.67
Reise- und Hotelpesen von Missionen	21'385.70
Diverse Spesen	743.97
Total	51'849.72

Einsatzbericht aus der chirurgischen Sicht des medizinischen Leiters

Vorgeschichte

Nachdem die Erfahrung zeigte, dass bei chirurgischen Einsätzen bei der Krankheit NOMA, Lippenkiefergaumenspalten und bei Gesichtstumoren häufig auch Handoperationen mitbehandelt wurden (bis zu 50% der Fälle), beschlossen wir bereits Ende 2016, zu einem späteren Zeitpunkt einen rein handchirurgischen Einsatz zu planen.

Aus Gründen der Effizienz stellten wir ein Team zusammen, das in der Lage sein sollte, die Sprechstundenführung und die Betreuung beider OP-Säle sicher zu stellen. Neu für CHEIRA und Interplast Switzerland sollte erstmalig ein handtherapeutisches Team an einer Mission teilnehmen, um insbesondere die Nachbehandlungsmöglichkeiten zu evaluieren und entsprechende Massnahmen in die Wege zu leiten.



Standort chirurgische Einsätze

Das Zentrum Persis in Ouahigouya, Burkina Faso, hat sich nun mehrfach als Basis für unsere chirurgischen Einsätze bewährt. Auch dieses Mal stand uns eine funktionierende Infrastruktur zur Verfügung; die Unterstützung seitens der Angestellten war permanent und weitgehend.

Speziell zu erwähnen ist erstens der Operationstrakt mit seinen zwei OP-Sälen, die allen Anforderungen der Handchirurgie genügen. Zwar gab es einzelne zu klärende Punkte, wie etwa nicht funktionale Blutsperrern oder fehlende Handtische, dies führte aufgrund der Flexibilität des Teams aber zu keinerlei Verzögerungen.

Durch das Mitführen von genügend hochwertigem Verbrauchsmaterial, mussten wir kaum Einschränkungen in unseren operativen Vorhaben hinnehmen. Lokale Geräte für Anästhesie oder Elektrokoagulation liefen ausnahmslos und ohne Defekte während den 10 Operationstagen.

Zweitens gilt es, die Qualität der Unterkunft für das Team zu betonen. Die einfachen Zimmer mit mehrheitlich vorhandenen Toiletten/Duschen (inklusive Warmwasser, so denn der Mischregler in die richtige Richtung gedreht wird) sowie die für europäische Mägen sehr gut verträglichen Gerichte ermöglichen es, die nach anstrengenden Tagen verdienten Pausen zu geniessen.

Team

Die Zusammenstellung des Teams erfolgte mehrheitlich über direkte Bekanntschaften aus dem beruflichen Umfeld. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden hatte keine Erfahrung mit humanitären Einsätzen.

- Anästhesie: 1 Arzt und 2 Anästhesiepflege-Fachpersonen
- OP-Pflege: 3 Fachfrauen
- Handtherapie: 3 Ergotherapeutinnen aus verschiedenen Institutionen
- Aufwachraum und Mitarbeit Station: 2 Pflegefachfrauen (eine mit Kinder-IPS-Erfahrung)
- Chirurgie: 1 Facharzt für Hand- und Plastische Chirurgie, 1 Fachärztin für Hand- und Allgemeinchirurgie, 1 Ärztin in Weiterbildung Handchirurgie, 1 Medizinstudentin
- Administrative Leitung: 1 Astrid Bergundthal

Nicht zu vergessen sind die lokalen Fachkräfte sowie die Partnerorganisation Ensemble pour eux, ohne welche ein solcher Einsatz massiv erschwert wäre.

Es bleibt festzuhalten, dass dieses Team gross scheint – es zeigte sich aber rasch, dass beispielsweise ein krankheitsbedingter Ausfall im Anästhesieteam über zwei Tage die Effizienz bedrohte bzw. einschränkte. Nur dank der Flexibilität aller Teilnehmenden und dank des tollen Teamworks konnten die Missionsziele erreicht werden.

In allen Gruppen des Teams war die Arbeitsbelastung jedes einzelnen hoch, die Reduktion der Gruppen hätte zur Reduktion des Betriebs auf einen Operationsaal geführt.



Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten wurden teilweise bereits im Vorfeld der Mission gesammelt und auf den Einsatz in der Klinik Persis hin wieder einbestellt. Beim Eintreffen im Zentrum Persis konnten verteilt über die ersten zwei Tage rund 60 Personen beurteilt werden. Der Anteil der Patienten, welchen eine Operation empfohlen wurde, lag dabei über 50%, was für die Selektion der Anwesenden spricht. Durch jeweils abends durchgeführte Sprechstunden stieg die Anzahl der beurteilten Personen auf deutlich über 100, über 50 Patienten wurden operiert. Allerdings war es nach wenigen Tagen notwendig, nochmals über verschiedene Kanäle (inklusive Radiodurchsagen) auf unseren Einsatz aufmerksam zu machen. Dies resultierte schliesslich auch in einer überschaubaren Liste mit handchirurgischen Patienten, die anlässlich eines nächsten Einsatzes operiert werden sollen.

Das Schwergewicht der chirurgischen Tätigkeit lag mit über 50% der Fälle auf Folgen von Brandverletzungen an Händen, insbesondere bei Kindern. Die Lösung von Kontrakturen der Finger und der Handgelenke, die in vielen Fällen angewendete temporäre Transfixation der Gelenke in gestreckter Stellung mittels Spickdrähten, die Transplantation von Vollhaut (Entnahmestellen Oberarm, Leiste, Unterbauch) sowie die gelegentliche Anwendung gestielter Lappenplastiken (Radialis, Interossea posterior, Faszienlappen) wurde zur anspruchsvollen Routine, selten zusätzlich durch verkürzende Handgelenksarthrodese oder Daumengrundgelenkarthrodese kompliziert. Ganz entscheidend scheint die Aufgleisung der Nachbehandlung dieser Fälle mit stationärem Aufenthalt bis zur Drahtentfernung bzw. bis zur gesicherten Wundheilung, mit handtherapeutisch angepassten Lagerungsschienen, mit handtherapeutischen Instruktionen der Patienten bzw. der Eltern (teils im Gruppenunterricht) sowie mit Instruktion der lokalen Physiotherapeutin.

Einzelfälle wie Beugesehnenrekonstruktion, Radialissehnentransfer, riesiges pyogenes Granulom, Tumorbiopsien, Lipome oder Debulking bei Neurofibromatose am Bein (Resektionsgewicht über 4.5 kg) erweiterten das in der Schweiz kaum jemals so anzutreffende Spektrum.

Bewährt hat sich aus anästhesiologischer Sicht insbesondere bei Handoperationen bei Kindern die Kombination aus Larynxmaske plus axillärer Plexusanästhesie. Ebenso schien die über 5 Tage geführte Antibiotikumprophylaxe mit Amoxicillin/Clavulansäure ausreichend. Bezüglich Infektrate hoffen wir, durch den stationären Aufenthalt der Patienten bis zur Spickdrahtentfernung und/oder vollständigen Wundheilung adäquate Zahlen zu erreichen.

Zukunft

Das Thema Nachhaltigkeit kann nicht ausgelassen werden. Dazu zwei Bemerkungen:

Eine Nachhaltigkeit im Sinne der Aus- und Weiterbildung lokaler Fachkräfte (insbesondere Chirurgen) im Bereich der angebotenen Disziplin Handchirurgie ist nicht realistisch. Die kurze Zeit der Anwesenheit unseres Teams sowie die hohe Spezialisierung des Faches verunmöglichen es, Fachpersonen in absehbarer Zeit auf ein adäquates Niveau heran zu bringen. Auch die Möglichkeit, einheimischen Ärzten ein Fellowship-Programm für Handchirurgie in Europa anzubieten, entspricht nicht den Bedürfnissen des Landes. Diese Diskussion wurde ausführlich mit Dr. Bernard Mivelaz (Gründer und Entwickler von Persis) geführt, der diese Einschätzung teilt.

Unabdingbar für die Weiterführung handchirurgischer Einsätze ist die Durchführung einer Qualitätskontrolle im Sinne des follow-up anlässlich des nächsten Einsatzes. Ganz ehrlich müssen wir festhalten, dass wir bisher nur wenige Patienten sehen konnten, die durch uns operiert wurden – somit wissen wir nicht um die Ergebnisse unserer Behandlung. Da die Nachbehandlung bei den geschilderten handchirurgischen Fällen (insbesondere die Therapie von Verbrennungskontrakturen) fraglos und massgeblich von der Nachbehandlung abhängt, müssen wir die operierten Patienten kontrollieren.

Aus dieser Erkenntnis heraus wird von CHEIRA eine einheimische Mitarbeiterin angestellt, die einerseits Listen mit zukünftigen Patienten führt, andererseits aber den Kontakt zu bereits behandelten Personen aufrechterhält und dafür sorgt, dass diese anlässlich des nächsten Einsatzes nachkontrolliert werden können. Dies ist absolute Grundvoraussetzung für die Weiterführung handchirurgischer Einsätze. Zusammenfassend war dieser Einsatz intensiv, spannend, lehrreich und zukunftsweisend. Unvergessen bleibt der tolle und humorvolle Teamgeist.

Allen Beteiligten ganz herzlichen Dank für den unentgeltlichen Einsatz in ihrer Freizeit!



Die erste Handmission Interplast / CHEIRA aus Sicht der Koordinatorin

Astrid Bergundthal, Missionskoordinatorin und administrative Leitung

Unsere Ziele

Die Ziele dieser Mission waren das Anbieten von spezialisierter Handchirurgie mit einer strukturierten Nachsorge der operierten Patientinnen und Patienten. Sehr erfahrene Ergotherapeutinnen erstellen in Zusammenarbeit mit den Chirurgen unter Berücksichtigung der Möglichkeiten vor Ort ein Konzept für zukünftige Einsätze.

Weitere Ziele waren die Durchführung von insgesamt ca. 50 bis 70 Operationen in 10 Tagen, davon grösstenteils Handeingriffe in den beiden zur Verfügung stehenden Operationssälen.

Vorbereitung

Die Zusammenstellung der Teams erfolgte durch Dr. Urs Hug. Durch seine Funktion als Leitender Arzt am Kantonsspital Luzern, spezialisiert im Bereich Handchirurgie, verfügt er über das bestmögliche Netzwerk, ein Topteam zusammenzustellen.

Im September 2017 traf sich das Team in Luzern für erste Informationen. Zudem konnte ein Infektiologe gewonnen werden, der gleich alle Anwesenden bezüglich benötigter Impfungen beriet. Es wurde von Seitens CHEIRA nochmals auf die Gefahrensituation und die EDA Weisung hingewiesen. Alle Teilnehmenden mussten eine Vereinbarung und ein Datensicherheitsblatt ausfüllen.

Bettina Breu, Fachverantwortliche Plastische- und Handchirurgie Kantonsspital Luzern, stellte die Bedarfslisten zusammen und organisierte das spezialisierte OP-Material. Sie koordinierte die Zusammenstellung des Materials mit den Ergotherapeutinnen und das Packen der Kisten in Luzern.

Eveline Fuchs war bereits in Palästina und Jordanien mit CHEIRA im Einsatz und erlebte ihren ersten Einsatz in Afrika. Eine wichtige Erfahrung, da sie die Verantwortliche für das gesamte OP-Material von CHEIRA ist. Sie packte mit Astrid Bergundthal das allgemeine Material für den Einsatz im Lager in Appenzell.

Die Flüge wurden wieder über Air France gebucht und wie immer erhielten wir grosszügig Zusatzgepäck zugebilligt. So waren wir mit 23 blauen Kisten und 5 Koffern unterwegs. Als schöne Überraschung tauchte Volker Wedler beim Check-in auf und liess uns mit guten Wünschen nach einem gemeinsamen Kaffee Richtung Gate ziehen.

Die Reise

Die Reise verlief ruhig und ohne grossen Zwischenfälle. Nur eine Handchirurgin hätten wir beinahe beim Security Check verloren, da bei ihr der Bombenalarm losging. Sie mutmasste, dass das eingepackte Bündnerfleisch den Fehlalarm ausgelöst hatte.

Ich gab mein Handgepäck auf Wunsch der Crew am Gate auf. Nach schlechten Erfahrungen motivierte ich mich positiv und vertraute den Gepäckgöttern. Dann nahm ich Abschied, machte kurz ein Foto des Handkoffers und war froh, die Hände während des Transfers in Paris freizuhaben. Leider blieben die Hände dann aber auch in Ouagadougou frei, da einzig mein Koffer eine weitere Nacht in Paris verbringen durfte. Aber sonst war in Rekordzeit das gesamte Gepäck mit allen Kisten und Koffern aufgetürmt und bereit für den Transport ins Hotel in Ouagadougou als Zwischenstation auf dem Weg zur Klinik Persis. Frau Zala, unsere lokale Missionskoordinatorin und Frau des Chefarztes des Kinderspitals Persis, wartete mit Remi unserem Chauffeur auf dem Parkplatz. Neu ist es den Zivilisten nicht mehr erlaubt, ins Flughafengebäude zu kommen. So war erst ein kurzer Moment der Verunsicherung, da uns Frau Zala nicht wie früher schon beim Zoll abholte – Sicherheitsbestimmungen! Jedes Jahr erfolgen Verschärfungen ...

Schnell waren die Zimmer bei Giuliana, Inhaberin einer Pension in Ouagadougou, bezogen und alle müde genug, um nach einem kurzen Drink und der Anwendung von viel Moskitospray ins Bett zu fallen.

Am Morgen wurde auf dem Dach der Pension das Frühstück eingenommen. Fasziniert schauten die Missionsteilnehmenden über die Dächer von Ouagadougou. Definitiv keine Stadt, die über ein Hopp-on Touristenbus verfügt.

Die 185 km lange Reise von Ouagadougou nach Ouahigouya im Norden von Burkina Faso ging pünktlich um 9 Uhr los. Vor dem Teambus im Pick-up stapelten sich unsere 23 blauen Kisten. Gut eine Stunde dauerte die Fahrt durch die Hauptstadt Burkina Fasos. Es ist eine dieser afrikanischen Städte, die unkontrolliert wachsen und niemand sagen kann, wie viele Einwohner sie hat. Wie gewohnt wurden nach vier Stunden Reise erst alle unsere lieben Bekannten und Freunde in Persis begrüsst. Dann ging es an die Zimmerverteilung und schon stand das Mittagessen bereit.

Nun war Arbeiten angesagt. Die Persis-Erfahrenen führten die „Novizen“ in die Räumlichkeiten des OP ein. Auspacken, Einräumen, Sterilisieren, Narkosegeräte austesten, Medikamente einräumen – schön zu beobachten wie Hand in Hand gearbeitet wird und die routinierten Profis flexibel mit den Gegebenheiten klarkommen



Patienten-Triage

Das ärztliche Team kümmerte sich in der Zwischenzeit um die Begutachtung der vielen wartenden Patienten. Es ist immer sehr schwer abzuschätzen, wie viele Patienten vor Ort sind. Kein Patient kommt alleine. Manchmal ist die gesamte Familie unterwegs. Wir richteten uns im Sprechzimmer ein.

Ein Stuhl für den Patienten stand jeweils bereit, gegenüber saßen die zwei Handchirurginnen, ein Handchirurgie . Ganz ruhig wurden die Hände angeschaut, die Beweglichkeit getestet, die Anamnese aufgenommen. In der Nähe befand sich immer eine Ergotherapeutin, die sich Notizen machte, Therapien verordnet bekam und für das Fotografieren verantwortlich war. Wenn möglich wurde standardisiert in drei Ebenen fotografiert.

Wir sahen viele verbrannte Kinderhände. Manche Gott sei Dank nur mit kleinen Kontraktionen durch die Narben, andere komplette Fausthände ohne sichtbare Finger.

Es wäre sinnvoll, wenn wir die Dorfbewohner minimal in der Versorgung von Handverbrunnungen ausbilden könnten.wie und durch wen das gemacht werden könnte, wären da, aber leider fehlt die Zeit, ein solches Projekt zu koordinieren.

Der grösste Teil unserer Patienten hatte tatsächlich Handverletzungen, aber ein paar Tumore, Fussmissbildungen, Keloide etc. wurden uns auch vorgestellt. Alle Patienten, die für OPs vorgesehen waren, wurden gleich gewogen, und vom Anästhesisten wurde die Anästhesiemethode bestimmt.

Die gesamten Daten wurden in einer Excel-Liste erfasst, und es war meine Aufgabe, so schnell wie möglich mit dem medizinischen Leiter das OP-Programm zusammenzustellen. Mit der richtigen Planung können die Patienten, die erst in der 2. Woche operiert werden, wieder nach Hause. Die grossen, schwierigen Fälle haben Priorität, damit die Patienten so lange wie möglich unter Beobachtung der Ärzte stehen. Zudem möchten wir den von weither angereisten Patienten den Vorzug geben, damit sie nicht noch länger als nötig von Zuhause fort sind.

Die kleinen Patienten beobachteten die weissen Leute voller Scheu, aber auch neugierig und interessiert. Ich staune immer wieder über die Disziplin der Kinder, viele beherrschen ihre Ängste, sie weinen selten. Spannend ist zu wissen, dass die Kinder hier schlimme Geschichten über die Weissen hören. So wie wir früher Geschichten vom «schwarzen Mann» hörten oder sie unseren Kindern erzählten.

Nach dem ersten Tag war der OP grossenteils eingeräumt und das Triage-Team hatte fast 40 Patienten angeschaut. Das Nachtessen war wohlverdient und das Team erlebte das erste Mal die berühmt-berüchtigte Salatsauce aus 90% Knoblauch – da müssen alle durch...



Sonntag, 14. Januar 2018

Am Sonntagmorgen ging der Tag ruhig los. Einige gingen zur Kirche, nicht unbedingt aus religiösen Gründen, sondern weil die Stimmung, die Chöre und die Emotionalität des Gottesdienstes ein eindrückliches Erlebnis ist.

Am Nachmittag erfolgte der zweite Teil der Patienten-Triage. Weiter sahen wir viele verbrannte Kinderhände, aber auch Deformationen nach Infektionen. Ein fünfjähriges Mädchen mit schweren Verbrennungen an den Beinen berührte uns. Sie war voller Panik und sprach verängstigt auf die ortsgebräuchliche Sprache Moré auf uns ein. Der Unfall war schon 10 Monate her, aber es waren immer noch grössere Stellen offen. Sie hatte immer noch Schmerzen und musste auch furchtbare Schmerzen gehabt haben. Es wurde entschieden, die Stelle mit Hauttransplantationen zu decken.

Bei uns Weissen konnte man manchmal einen verlorenen, abwesenden Gesichtsausdruck beobachten. Ich vermute, dass wir dann damit beschäftigt waren, die eigenen Emotionen zu kontrollieren, damit wir gegenüber diesen Schicksalen professionell auftreten konnten. Mitleid bringt den Patienten nichts, beste professionelle Arbeit hilft, wenn wir gut arbeiten. Ich erstellte so schnell wie möglich die ersten OP-Programme, damit die Patienten für Montag und Dienstag informiert und vorbereitet werden konnten.



Montag, erster OP Tag

Am Montag wurden die Rollen festgelegt und alle nahmen ihre Arbeitsplätze ein. Die Narkose begann mit der Patientenvorbereitung. Die Fachfrauen für Operationstechnik packten ihre sterilisierten Instrumente aus und begannen nach dem Einverständnis des Anästhesieteams die Operationsgebiete zu desinfizieren und abzudecken. Der OP-Betrieb lief bald so routiniert wie in der Schweiz. Die Ergotherapeutinnen schauten bei den Eingriffen zu und halfen, wo es eine zusätzliche Hand brauchte. Für sie war die Erfahrung spannend, die Hände, die sie nachher wieder therapieren würden, nun offen und mit allen verletzten Strukturen zu sehen.

Ein paar Patienten hatten «nur» Ergotherapie verordnet bekommen. So begannen die Ergotherapeutinnen einen eigenen Raum in den Physiotherapieräumen einzurichten. Zudem richteten sie sich auch für die anstehenden Verbandswechsel im Aufwachraum ein. Die benötigten Schienen wurden nachher sozusagen massgeschneidert von den Ergotherapeutinnen hergestellt. So standen im Aufwachraum plötzlich Wasserkocher, Haarfön, Spezialkunststoff etc. auf einem Spezialtisch bereit.

Am Abend trafen sich alle zum Nachtessen und das Erlebte wurde angeregt ausgetauscht. Es wurde viel gelacht und die Freude über gelungene Operationen brachte eine gute Stimmung. Alle spürten, was für eine Freude es sein kann, Menschen Hilfe und Hoffnung zu bringen. Die Kinder wurden von Tag zu Tag zutraulicher und die Begegnungen zwischen Schwarz und Weiss entspannter und lockerer.



Operationsbetrieb

Sämtliche Planungsarbeit ist in diesem Teil Afrikas immer nur kurzfristig stabil. Diverse Einflüsse machen eine absolute Flexibilität nötig. Geplante Patienten kommen später, werden telefonisch nicht erreicht oder sind doch plötzlich unerwarteterweise rechtzeitig vor Ort. Zur Operation eingeplante Patienten sind plötzlich glühend heiss und der Malariatest positiv. Einerseits braucht diese Flexibilität zusätzlichen Planungsaufwand, andererseits ist es auch das, was uns Spass macht. Wir müssen wach und konzentriert sein, langweilige Routine und unendliche Weisungen, Standards, die uns zu Hause manchmal das Denken abnehmen, sind hier unbrauchbar.

Kommunikation: Es lebe WhatsApp

Um schnell kommunizieren zu können, hatte Bettina eine WhatsApp-Gruppe installiert. Die Methode bewährte sich. Im OP und in der Personalunterkunft hat es WiFi und so wurden die Ärzte zu Verbandswechseln gerufen. Visiten und Triage-Termine wurden kurzfristig über WhatsApp kommuniziert. Diese Methode zeigte sich als eine grosse Erleichterung in der Zusammenarbeit mit einem einfachen Kommunikationsmittel.

Sicherheit

Wir wussten vor der Abreise über die EDA-Einschätzung Bescheid und hatten mit allen Teilnehmenden die Gefahrensituation besprochen. Alle hatten sich über Itineris beim EDA registriert. Während unseres Aufenthaltes kam der oberste Polizeichef des Nordens von Burkina Faso in der Klinik Persis vorbei und gab uns weitere Instruktionen. Das Persis-Gelände sollten wir nur in Gruppen von mindestens 3 Personen verlassen. Wir hielten uns zu unserer eigenen Sicherheit an die Anweisungen. Wie gross das Entführungsrisiko tatsächlich ist, kann niemand sagen.

Patienten-Aufruf

Bei unserer Ankunft warteten ca. 70 Patienten mit verschiedenen gesundheitlichen Problemen, der grösste Teil mit Handverletzungen oder Hand-Erkrankungen. Ein Teil der Patienten kam aus dem nördlichen Nachbarland Mali, ein Teil war weit durch das Land gereist und stammte aus der Nähe Togos. Nach zwei Tagen Konsultationen (Samstag und Sonntag) stand fest, dass wir mit unserer Effizienz die ca. 35 Patienten, die von einer OP profitieren würden, bis ca. Samstag operiert haben würden. Demzufolge organisierte Frau Zala während der ersten Woche einen Radioaufruf mit der Information, dass sich eine Mission «Handchirurgie» in Persis aufhält. Während den nächsten Tagen kamen täglich Patienten aus den verschiedenen Regionen Burkina Fasos angereist. Unsere OP-Programme füllten die zweite Woche und gegen Ende der Mission mussten wir neue Patienten ablehnen, da die benötigten Operationen zu gefährlich waren, um am Ende einer Mission durchgeführt zu werden. Als Folge davon notierten wir die Daten und Telefonnummern der Patienten und merkten sie für das nächste Jahr vor.



Wochenende

Nach den intensiven OP-Tagen war für den Samstagabend endlich Freizeit angesagt. Das Team besuchte eine lokale Firma, die Mangos, Tomaten, Zwiebeln trocknet. Eine interessante Erfahrung zu sehen, wie mit einfachen Mitteln gearbeitet wird. Zudem wurde der Augenblick genutzt, um die feinen Mangos zu kaufen. Die kleinen Tomaten haben einen unglaublich intensiven Tomatengeruch. Das sind definitiv keine Hors sol Tomaten!

In der Kirche am Sonntag waren wir diesmal zur richtigen Zeit und kamen in den Genuss des Gesangs diverser Chöre. Ein Erlebnis und eine Atmosphäre, die unter die Haut gehen. Eigentlich war dann ein Besuch in einem lokalen Dorf geplant. Aber es wurde uns mitgeteilt, dass ein Dorfbewohner am Morgen verstorben sei. Wir wussten nicht genau, ob das stimmt, denn dies ist wie bei uns die Ausrede der verstorbenen Grossmutter. Es könnte auch sein, dass die Verhandlungen, die bei unseren Besuchen im Vorfeld gemacht wurden, zu wenig sorgfältig erfolgt waren. Hier spielen kulturelle Gegebenheiten, die wir nicht verstehen. Wir verlassen uns auf unsere lokalen Freunde.

Kurzfristig wurde ein Besuch der Plantagen um den See von Ouahigouya organisiert. Es war faszinierend zu sehen, wie mit unendlich vielen kleinen Pumpen jedes Fleckchen bepflanzt und genutzt wird. Hier ist viel grün zu sehen in der sonst trockenen und braunen Landschaft.

Wir konnten einer Dorfgemeinschaft beim Einbringen ihrer Zwiebelernte zuschauen. Die Ernten werden normalerweise an die Elfenbeinküste verkauft. Aber seit ein paar Monaten sind die Angebote der Händler unter dem regulären Preis. Ein Verkauf von Zwiebeln zu diesen Preisen macht kaum Sinn. Scheinbar spielt selbst hier die Globalisierung in den Markt und macht die Armen noch ärmer...



Zweite Woche

Die täglichen Abläufe wurden zur Routine. Die Visiten wurden länger, die vielen Verbandswechsel eine zeitintensive Aufgabe für die Ergotherapeutinnen und die Pflegefachfrauen im Aufwachraum. Die Materialplanung ging auf, was noch zusätzlich gebraucht wurde, konnte bestellt werden.

Das Animationsteam bereitete mit grosser Begeisterung aller den Abschiedsabend vor. Wie immer erlebten Schwarz und Weiss einen gelungenen Abend mit Tanz, Musik und Gesang. Die grossen und kleinen Kinder durften mit der einheimischen Band tanzen und Trommeln. Wir haben vielleicht Ahnung von Organisation und Effizienz. Die Menschen vor Ort haben sicher mehr Ahnung von Musik und Rhythmus und von der Freude des erlebten Moments.

Am Freitag vor der Abreise durften wir dann doch noch das Dorf besuchen und erlebten einen eindrücklichen Morgen in einer fremden Welt. Es gestaltete sich als eine Reise in die Vergangenheit. Das Zentrum des Dorfes schmückt ein Brunnen, welcher für die Bewohnenden das lebensspendende Wasser gibt, das mit einfachem Eimer an einer Schnur aus der Tiefe gezogen wird.

In der Nähe des Dorfes campiert eine Gruppe Poell, die Nomaden der Sahelzone. Es ist das härteste und ärmste Leben, das wir uns vorstellen können. Ein circa fünfjähriger Junge kam mir entgegen und begann entsetzt zu schreien, als er mich sah. Ich denke, dass ich die erste Weisse war, die er gesehen hat.



Krankheitsausfälle Team

Bei der Planung der Teamgrösse ist immer mit Ausfällen zu rechnen. Bis jetzt hatten wir bei allen Einsätzen Glück und die Ausfälle waren im kleinem Rahmen und die Teilnehmenden konnten mit Improvisation und flexiblem Aushelfen in anderen Bereichen die Lücken schliessen.

Auch bei dieser Mission fielen beide Anästhesiepflegefachleute mit einer Magen-Darm-Problematik aus. Netterweise nicht gleichzeitig. So konnte der Anästhesiebetrieb aufrecht erhalten werden. Romy, die Pflegefachfrau des Aufwachraumes, fiel zwei Tage aus. Hier hatten wir das Glück, dass genau zu dem Zeitpunkt Anigna anreiste. Sie war für die Nachsorge geplant und sollte erst mit den Gegebenheiten bekannt gemacht werden. Die gute Einführung erfolgte dann mit sofortigem Einsatz im Aufwachraum.

Ich hatte wahrscheinlich schon die Viren des grippalen Infektes mitgebracht, der auch in der Schweiz die Leute lahmlegte. Fast die ganzen zwei Wochen war ich mit irgendwelchen Komplikationen beschäftigt und versuchte wenigstens die wichtigsten administrativen Arbeiten, wie OP-Programme erstellen und OP-Berichte vorbereiten, zu erledigen. Sonst war ich leider kaum eine grosse Hilfe und versuchte, nicht völlig genervt über meinen Energiemangel zu sein.

Zusammenfassung

Wir haben viel gearbeitet, viel erlebt, viel gelernt. Das Pilot-Team Handchirurgie Persis hat sich bewährt und sehr gut funktioniert. Die vorgegebenen Leistungsziele wurden erreicht. Die Planung für eine nachhaltige Handchirurgie mit Ergotherapie, Nachsorge und Behandlungsschemata, sind erfolgt. Wir haben im kleinen und oft im grossen Kreis diskutiert, wie eine optimale Behandlung unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen erfolgen könnte. Aus diversen Gründen werden wir zukünftig die Teamgrössen und die Einsatzeffizienz reduzieren müssen. Wichtigster Punkt ist die langfristige und aufwendige Nachsorge unserer Handpatientinnen und -patienten.

Die frühzeitige Entlassung nach Hause, das heisst zurück in die Dörfer, birgt ein grosses Risiko von Infektionen. Die Wundflächen sind gross, der Dreck, die Hitze, die insuffiziente Hygiene der Verbandswechsel haben gemäss unseren Recherchen wiederholt zu postoperativen Infektionen geführt. Zudem haben wir festgestellt, dass es für die Mitarbeitenden von Persis sehr schwierig ist, Patientenlisten von über 140 Menschen zu managen. Das ist in etwa die Anzahl Patienten, die wir für eine gute Selektion und OP-Indikation benötigen, um ca. 60 Patienten zu operieren.

Persis hat in den Wintermonaten in Kombination mit den anderen Missionen nicht die Kapazität, in pflegerischer, physiotherapeutischer und logiertechnischer Hinsicht, alle Leute korrekt zu versorgen und unterzubringen. Ob die personellen Ressourcen aufgestockt werden können, muss mit Dr. Bedat, Persis, und der Physiotherapeutin sowie Sylviane Collomb (EPE) geklärt werden.

Kleinere Teams sind in der Planung, speziell bei kurzfristigen Änderungen (Absagen aufgrund der Sicherheitslage etc.), einfacher zu führen. Ob ein grösseres Sicherheitsrisiko mit grossen oder kleinen Teams besteht, ist nicht klar zu beantworten. Bei kleineren Teams können Ausfälle durch Krankheiten im Team kaum kompensiert werden. Schlimmstenfalls würden die Ausfälle eine Mission lahmlegen.

Die Zusammenarbeit mit dem Personal vor Ort ist sehr gut und es haben sich viele schöne Freundschaften entwickelt. Im Operationssaal, während den schwierigen Operationen, konnte die Zusammenarbeit leider nicht vertieft werden. Die Assistenz durch den lokalen Chirurgen oder die Instrumentation durch das afrikanische Pflegepersonal ist durch die Sprachbarriere ein Problem. Wenn das OP-Team untereinander nicht in einer für alle verständlichen Sprache kommunizieren kann, ist der Ausgang der OP gefährdet.

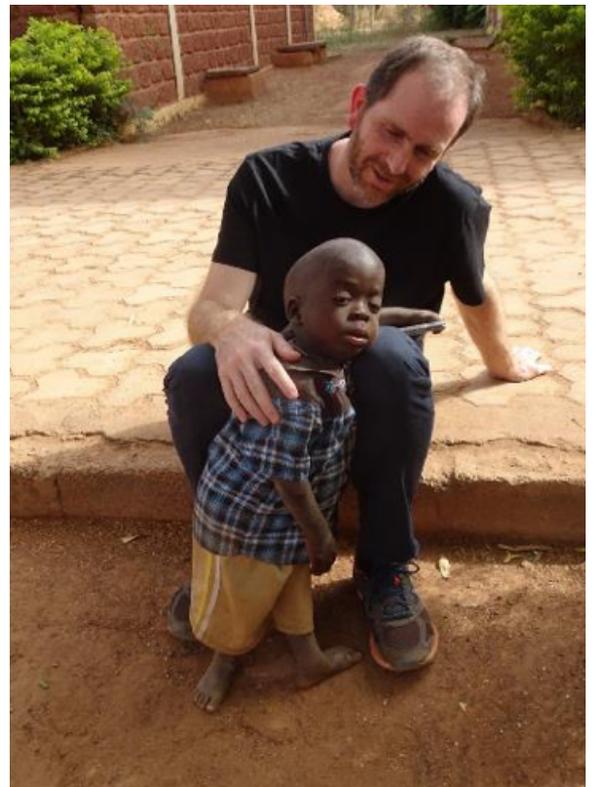
Das Ziel unserer Missionen ist die Behandlung von Kindern, die durch ihre Armut keine Chance auf fachkompetente Hilfe vor Ort haben. Wenn wir alle dieses Ziel als erste Priorität im Auge behalten und destruktive Themen wie Hierarchien, eigene Gärtchen, persönliches Statusdenken vermeiden, können wir ausgesprochen viel erreichen, wie wir auch bei dieser Mission gezeigt haben.

Die Grenzen

Wir machen sehr viele gute Erfahrungen und erleben, was Hilfe an Hoffnung und Glück bringen kann. Es sind viele kleine Schicksale, die sich für einmal zum Guten wenden. Und wer weiss, vielleicht ist einer dieser kleinen Patienten irgendwann fähig, sein Land aus dem Elend zu führen, weil sie oder er einmal gelernt und gesehen haben, was konstruktive interkulturelle Zusammenarbeit fertigbringt.

Leider kommen auch wir an unsere Grenzen, wenn Patientinnen nicht operiert werden dürfen, weil der Ehemann dagegen ist. Oder weil eine dringende Histologie auch mindestens drei Wochen dauert.... Oder der Junge, der aussah wie zweijährig, aber leider in seinen vier Lebensjahren mangelernährt wurde und trotz aller unserer Überzeugungsarbeit und Unterstützungsangeboten nicht ins CREN (Ernährungs- und Aufpäppelungsstation des Kinderspitals) durfte, weil sein Vater wieder nach Hause wollte.

Das sind auch Bilder, die man mit nach Hause nimmt und die einen prägen – und ich denke nicht negativ.



Anhang: Konzept, Ideen und Material Ergotherapie



Auswertung Ergotherapie

Organisatorisches

- Steckdosen sind zweipolig! Entweder nur solche Geräte kaufen oder die richtigen Adapter mitnehmen.
- Orthopartner hat 70 % Rabatt gegeben, Hermap 20%.
- Es ist zwingend, dass eine Ergo in der Sprechstunde dabei ist. Einerseits für Rückfragen, andererseits zum Wissen, was uns erwartet. Evtl. auch gleich zum Dokumentieren.
- Ergotherapeutinnen sollen bei den Verbandswechseln dabei sein, hier ist die Zusammenarbeit mit der Pflege sehr wichtig wie auch eine klare Aufgabenteilung. Dies unbedingt vorher absprechen und besprechen, nicht, dass es zu Überschneidungen kommt.
- Wenn wir etwas von den Ärzten wollen, müssen wir insistieren.
- Einen Laptop mitnehmen für die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Zum Dokumentieren und um an die aktuellen Infos zu gelangen, bzw. dass wir die Listen erhalten. Evtl. eine Kategorie beim OPs Bericht ergänzen mit dem Proc.
- Idealerweise würden die Ergotherapeutinnen etwas später anreisen und ein paar Wochen länger bleiben. Es ist aber auch schwierig abzuschätzen, wie viele Patienten noch hier sind. Eine Ergotherapeutin zu Beginn für die Sprechstunde ist sinnvoll.

Was hat sich bewährt

- Gruppentherapie: Möglichst früh informieren, damit die Sachen mehrmals wiederholt werden können.
- Solange noch wenig operativ versorgte Patienten vorhanden sind, mit den ambulanten und konservativen intensiv arbeiten. Nach einer Woche kann dann mit den Ärzten Bilanz gezogen werden, ob weitergefahren werden soll oder nicht.
- Schienenanpassung bei kleineren Kindern zu zweit machen, damit man schnell genug ist.
- 3 Ergos haben sich bewährt, mit der Zeit ergab sich eine Aufgabenteilung. Man könnte das Pensum auch zu zweit schaffen, dann bräuchte es jedoch noch mehr Unterstützung durch die Pflege etc.
- Früh das Prozedere festlegen, damit schnell kommuniziert werden kann.
- Genügend Fressalien (Müesli, Schoggi, Chips, Nutella) aus der Schweiz mitnehmen!



Optimierungspotential

Aufwändige Operationen, welche eine komplexe Nachbehandlung mit sich ziehen, sollen zu Beginn operiert werden, so bleibt den Ergotherapeutinnen mehr Zeit für Instruktion / Begleitung etc.

Material

- Klarity als Material hat sich bewährt
- Mehr Verbände mitnehmen (optimal wären 2 pro Patient, zum Wechseln, evtl. auch blaue mitnehmen und nicht weisse, damit man den Dreck weniger sieht)
- Schmales, elastisches Band wäre praktisch. Das breite Band franst aus.
- Statt einen Wasserkocher eine zweite Herdplatte mitnehmen.
- Breites, weiches Band mitnehmen, welches halbiert werden kann.
- Evtl. Eisspray mitnehmen zum schnelleren Aushärten
- Kleiner Föhn hat sich bewährt
- Gelbe Schwämmli haben sich bewährt zum Polstern etc.
- Tape (v.a. Leukotape) kann für fast alles eingesetzt werden
- Polycushion hat sich bewährt zum Polstern. Evtl. auch ein dickeres mitnehmen oder ein dickes memory foam
- Orficast eignet sich am besten, das breite und dickere
- Bildliches Material mitnehmen, die meisten können kein Französisch (wie soll die Schiene getragen werden, Tag und /oder Nacht, wie kommt die Schiene dran, wie einbinden mit dem Verband etc.). Blatt für die Narbentherapie
- Genügend Scheren für Schienen etc. mitnehmen
- Genügend Kleberli mitnehmen für die Kinder oder andere Sachen, die es den Kindern angenehmer machen...
- Evtl. bei einem nächsten Einsatz mit Woodcast arbeiten. Hierzu müssten jedoch noch zwei Öfen mitgenommen werden, wo die Platten erhitzt werden können. Ob die Öfen in den blauen Kisten Platz hätten, müsste unbedingt vorher abgeklärt werden. Auch andenken, was man machen würde, falls die Öfen kaputt gehen, kein Strom, etc.
- Bänder für Markierung der Nachbehandlung mitnehmen (damit wir keine Wollschnüre mehr «trüdeln» müssen)
- Mehr Lymphbandagen mitnehmen und Pflege instruieren, wie sie bei Verbandwechsel diese anlegen können. → plus ev. Bilder-Anleitung für Pflege
- Schmale elastische Verbände, auch zum Auswechseln
- Farbstifte, Filzstifte und Kinderschere für die Kinder

Schienen

- Lagerungsschienen aus Orficast sind für die Kinder zu instabil, zudem können sie nicht gewaschen werden. Mit einem Verband drumrum ist die Schiene jedoch geschützt. Wir haben sie im Verlauf der Zeit mit Orfit verstärkt.
- Am häufigsten haben wir Lagerungsschienen angepasst, in welchen die gespickten Finger geschützt wurden.