



Bericht über den Wahleinsatz in Ghana

vom 27.12.2017 bis 30.01.2018

von Josephine Lotz, Wannsee-Schule e.V., Kurs H.15.2

Informationen zur Einrichtung

Methodist Faith Healing Hospital (MFHH) Ankaase-Kumasi

-Regional Hospital der Kwabre Region, zählt zu CHAG (Christian Hospital Association Ghana), getragen durch Staat und Methodistische Kirche Ghana

-81 Betten, 12 Disziplinen, Versorger der sekundären Ebene

-Kontakt: Mr. J. A. Amankwah

-Ansprechpartner vor Ort: Pflegedienstleitung und Chefarzt der Notaufnahme



Oben:

Krankenhaus von vorne;

Links: Angebotenen Leistungen

Gesundheitssystem und Ausbildung

Trotzdem Ghana immer noch als Entwicklungsland gilt, ist es auf dem besten Wege ein organisiertes und strukturelles, solides Gesundheitssystem auf die Beine zu stellen. Jeder Ghanaer, ob Krankenversichert, oder nicht, hat die Möglichkeit Gesundheitsvorsorge/- und Behandlung verschiedener Ebenen in Anspruch zu nehmen. Dabei gilt: *erste Ebene*, sogenannte CHIPS, wobei ländliche Gegenden durch Outreach Programme erreicht und versorgt werden. Zentrale Behandlungspunkte dabei sind: Malariabehandlung und Aufklärung, Family Planning, Impfungen, HIV-Tests, Schwangerschaftsbetreuung und allgemeine Aufklärungen und Beratungen. Versorger *zweiter Ebene*: Subdistrict-Clinics, gedacht sind diese als Anlaufstelle für Erstversorgung jeglicher Art. Oft werden diese Clinics von nur einem einzigen Arzt, oder einem Physician's Assistant geleitet, der für die Medikamentenverschreibung zuständig ist. Patienten die dort stationär aufgenommen werden, bleiben oftmals nur zur Stabilisierung ihres Zustandes, um dann an einen Versorger der dritten Ebene überwiesen zu werden.

Versorger der *dritten Ebene* sind District Krankenhäuser, wie das MFHH, mit verschiedenen Disziplinen, mehreren Ärzten und Op-Möglichkeiten und Ausstattungen.

Wenn auch in der dritten Ebene nichts für den Patienten getan werden kann, aufgrund mangelnder Ressourcen o.Ä., wird dieser zum Versorger der *vierten Ebene* weitergeleitet.

Die sogenannten Regional/Teaching Hospital sind direkt dem regionalen Gesundheitsministerium Ghanas unterstellt und bieten somit Versorgung aller Bereiche an.

Ghanaische Krankenpflegekräfte durchlaufen, ähnlich wie in Deutschland, sowohl praktische als auch theoretische Ausbildung. Dabei finden die sogenannten "Clinicals", also Praxiseinsätze, während der Semesterferien statt. Der theoretische Teil wird dabei entweder 2 oder 3 Jahre, in manchen Fällen 4 Jahre an einem Training College, oder einer Universität absolviert, dabei kann man normale Staff-Nurse, oder Community Nurse werden. Seit dem Regierungswechsel 2016, ist ein kleines Ausbildungsgehalt vorgesehen (was mehr oder weniger regelmäßig ausgezahlt wird), aber dennoch fallen Ausbildungsgebühren von circa 400 Euro pro Trimester an. Um die Krankenschwestern landesweit einheitlich erkennbar zu machen, tragen diese alle grüne Kleider mit weißem oder grünem Kragen und weißen Streifen am Ärmel, dem Ausbildungsgrad entsprechend. Der weiße Kragen kennzeichnet eine Diplom Nurse und der grüne Kragen eine zertifizierte Krankenschwester. Der zweijährige Kurs kostet weniger Gebühren, wird am Ende aber auch schlechter bezahlt. Männliche Pfleger, welche hier relativ häufig sind, tragen beige Hosen und weiße Hemden, mit schwarzer Krawatte. Die zum Outreach fahrenden "Community Nurses", tragen beige Kleider mit grünen Kragen und Ärmelstreifen.

Das weite Aufgabengebiet der Pflegenden, spezialisiert sich hauptsächlich auf medizinisch assistierende Aufgaben, wie z.B.: Blutabnahme, ven. Zugänge legen, selbstständige IV-Medikamentengabe sowie assistieren im OP. Die Grundpflege, die zwar theoretisch vermittelt wird, wird in der Praxis jedoch hauptsächlich von den Angehörigen der Patienten übernommen. Aufgrund des hohen Ärztemangels arbeiten Pflegende hier sehr selbstständig und genießen dadurch auch hohes Ansehen in der Gesellschaft.

Persönliche Erfahrungen

Meinen Wahleinsatz im fünften Semester der Ausbildung verbrachte ich, wie oben beschrieben, mit zwei Mitschülerinnen im Methodist Faith Healing Hospital in Ghana. Nachdem die großen, staatlichen Krankenhäuser auf Bewerbungen entweder nicht reagierten, oder an ein anderes sogenanntes "Teaching Hospital" verwiesen, vermittelten uns regionale Kontakte einer Mitschülerin, mit welcher ich unter anderem in den Einsatz startete, die Stelle im MFHH.

Das MFHH hatte schon Erfahrungen mit Pflegeschülern aus den USA, Irland und der Schweiz und eigens für ausländischen Besuch ein "Student Hostel" in Fußreichweite des Krankenhauses mit zwei separaten Wohnungen, mit je 8 Betten errichten lassen. Für die Zeit des Einsatzes genossen wir den Luxus die eine Wohnung mit eigener Köchin für uns alleine beanspruchen zu dürfen. In der Nachbarwohnung wohnten zwei junge Ärzte, die im zweiten Jahr ihres zweijährigen "Housmanships" (zweijähriges Pflichtpraktikum nach dem Medizinstudium) waren und gerade sechs Monate im MFHH eingesetzt waren.

An unserem ersten Tag wurden wir mit ca. eineinhalbstündiger Verspätung vom gesamten Krankenhausvorstand begrüßt. Man stellte uns die, für uns zuständige, Matron (vergleichbar mit der Pflegedienstleitung) vor und legte uns etwas später einen Ablaufplan vor. Dieser sah vor, dass wir in einem zwei- bis dreitägigen Rhythmus über die verschiedenen Stationen rotierten.

Wie auch in Deutschland ist der Spaß und die Arbeitsmotivation oft vom Team abhängig und so durfte ich im Laufe des Einsatzes die verschiedensten Erfahrungen machen.

Innere Abteilung

In unseren ersten einundeinhalb Wochen verbrachten wir die Tage auf getrennten Stationen und so startete ich auf der "medical ward/ female", eine vermeintlich "normale Innere", auf der man allerdings von Malariapatientinnen über an Gastritis Leidende bis hin zu entgleistem Diabetes Mellitus alles finden konnte. Die Station besteht aus einem riesigen Raum, in dem 19 Betten und ein Schwesternschreibtisch stehen. Es sind pro Schicht mindestens vier examinierte Pflegekräfte eingesetzt, die von mindestens zwei Schülern unterstützt werden. Trotz hohem Personalschlüssel hatte ich den Eindruck, dass die Patientinnen eher schlecht als Recht versorgt waren. Ausscheidungen entfernen, beim Ankleiden helfen, oder bei der Körperpflege unterstützen, waren niemals Angelegenheit der Schwestern. Zu den Besuchszeiten, welche morgens, mittags und abends jeweils 30-60 Minuten waren, strömten Angehörige in den Raum, brachten Essen vorbei und entsorgten verschmutzte Laken, Wäsche und entfernten den Inhalt der kleinen, bunten Plastikeimer, den jede Patientin mitbringen musste, um sich, darüber hockend zu erleichtern. Die hygienischen Umstände würden jede Hygienefachkraft die Hände über dem Kopf zusammenschlagen lassen und waren, wie mir auf Nachfrage immer wieder mitgeteilt wurden "improvisiert, weil das Afrika sei". Von Flächendesinfektion ganz zu schweigen, desinfizierte der Arzt sich bei der Visite erst nach der 12. Patientin das erste Mal die Hände. Die sogenannte "In Charge", also Stationsleitung war die einzige wirklich Arbeitende. Sie arbeitete die angeordneten Verordnungen aus, nachdem eine Schülerin ihr jeden einzelnen Patientenhefter von der Visite zum Schreibtisch gebracht hatte. Mein Moment kam dann, als ich vorschlug eine in Urin und Wundsekret liegende Patienten, die über und über mit septischen Wunden versehen war, zu katheterisieren und die „suspenden“ Laken zu wechseln. Man erklärte mir, dass sie einen Katheter zuvor abgelehnt habe, nachdem man ihr die Notwendigkeit noch einmal nahe brachte stimmte sie

jedoch tatsächlich zu. Während meiner Hauptzeit auf der "female ward" stand ich jedoch meine Zeit einfach nur ab, oft wurden meine Fragen einfach nicht beantwortet, oder wenn dann nur auf Twi, eine der in Ghana gesprochenen Sprachen, und so zog sich die Zeit wie Kaugummi und meine Erfahrungen demotivierten und enttäuschten mich sehr. Ich war keineswegs nach Ghana gekommen, um die dortige Arbeit zu kritisieren, zu verbessern oder gar in Erwartung unseres Standards, stattdessen wollte ich lernen unter improvisierten Bedingungen mit knappen Ressourcen zu arbeiten und fühlte mich in diesem Wunsch sehr gehemmt.

Gynäkologie und Geburtshilfe

In voller Hoffnung auf eine sich ändernde Situation startete ich danach auf der Maternity Ward, welche die Gynäkologie und Geburtshilfe, sowie Schwangerenbetreuung umfasste. Anstelle von Krankenschwestern arbeiteten hier nur Hebammen und auch bei den meisten Hebammen war die Kooperationsbereitschaft relativ gering. Zum Glück fand ich eine Auszubildende im dritten Jahr, die es sich zur Aufgabe gemacht hatte, mich zu jeder ihrer Aufgaben mitzunehmen und mir alles zu erklären. Da ich bei meinem ersten Aufenthalt dort leider keine Geburt beobachten konnte, worauf ich mich so gefreut hatte, stattete ich der Maternity Ward noch den einen oder anderen weiteren erfolgreicherem Besuch ab. Im an die Materity Ward angeschlossenen Out Patient Department (OPD) mit der "Antenatal care", wurden die Schwangeren in regelmäßigen Abständen untersucht, dies umfasste Vizalzeichenmessung, Fundusstand- Messung, sowie Palpitation des Abdomens und der Mammae.

Für jede Schwangerschaft sind zwei sonographische Untersuchungen vorgesehen, die restlichen Untersuchungen finden wie oben beschrieben statt, wobei die Ergebnisse einzig und allein von den Hebammen beurteilt werden.



Links:Der Kreißaal



Rechts: Hebammenschülerin Susi und ich

Kinderstation

Ein weiteres einprägendes Erlebnis hatten wir während unserer gemeinsamen Zeit auf der "children's ward"(CHW). Die CHW bestand aus drei Zimmern, mit jeweils ca. 7 Betten. Auch hier

waren wieder ca. 4 Examinierte und eine Menge Schüler im Dienst. Während des gesamten Krankenhausaufenthalts der Kinder übernahmen die Mütter die eigentlichen pflegerischen Aufgaben und die Schwestern waren als Korrespondent zwischen Arzt und Familien der Patienten, sowie zur Übernahme der, bei uns als, "Behandlungspflege" geltenden Tätigkeiten eingesetzt. Für den nachhaltig schockierenden Eindruck sorgte ein kleiner Patient. Der etwa achtjährige Junge hatte sich unter uns unbekanntem Umständen den Ösophagus verätzt und war seitdem auf die Ernährung mittels PEG angewiesen. Schon bei unserem Eintreffen zum Frühdienst wirkte der Kleine desorientiert, schwach und delirant, der einfache Grund schien Dehydration zu sein, wie man uns erklärte. Nachdem wir die besorgniserregenden Vitalzeichen gemessen hatten und das beschmutzte Laken gewechselt hatten, was anscheinend sonst niemand getan hätte, erschien ein Arzt, der eine Verlegung ins nächstgelegene Teaching Hospital veranlasste. Er erklärte uns, dass Fälle wie dieser leider keine Seltenheit sein, da die nötigen Folgebehandlungen und Untersuchungen, sowie der richtige Umgang mit der PEG für die Familien leider nur eine untergeordnete Rolle spielten, da Ihnen die Wichtigkeit und Dringlichkeit dieser Angelegenheiten oftmals nicht bekannt seien, bzw. finanzielle Mittel zur Weiterbehandlung fehlten, oder die vorhandene Infrastruktur weite Reisen zu Spezial-Einrichtungen immens erschwerte. Uns ließ dieses Erlebnis ziemlich erschüttert zurück, denn bei uns vorhandene Infrastruktur, ambulante Dienste und anständige Aufklärung hätten einen lebensbedrohlichen Zustand wie diesen auf jeden Fall verhindern können.

Im Operationssaal

Mein absolut spannendsten und schönsten Tag verbrachten meine beiden Mitstreiterinnen und ich im OP, wo wir bei der montäglich stattfindenden Beschneidung von zwei Wochen alten Jungs assistierten. In der Zeit von Acht bis Zwölf wurden im Zwanzigminutentakt immer neue kleine Patienten in den Aufwachraum gebracht, in dem das ganze Unterfangen stattfand. Die dortige Liege wurde für zwei Beschneidungen gleichzeitig mit den Verpackungen von den benutzten sterilen Handschuhen ausgelegt und so als OP-Tisch benutzt. An einem Baby arbeitete man zu zweit: Einer hielt Arme und Beine zusammen, während der Operateur das Preaputium entfernte. Wie sich später herausstellte, war der wie wir dachten „leitende Oberarzt“ auch nur Pflegehelfer mit viel Erfahrung, sodass alle im Raum Anwesenden von ihm angeleitet und geschult wurden.



Links: OP-Tisch und Beschneidung; Rechts: Ich trage ein frisch beschnittenes Baby zurück zur Mutter

Hospitationen in anderen Gesundheitseinrichtungen

Während unserer gesamten Praktikumszeit ermöglichte uns das MFHH drei verschiedene Trips zu anderen Einrichtungen des Ghanaischen Gesundheitssystems. In der ersten Woche besuchten wir die *größte Rettungsstelle Westafrikas im Komfo Anokye Teaching Hospital* in Kumasi. Das Teaching Hospital ist, wie erwähnt, direkt dem Gesundheitsministerium unterstellt und gehört mit knapp 2000 Betten zu den größten Krankenhäusern Ghanas. Die Rettungsstelle arbeitete mit dem Südafrikanischen Triagesystem für Traumata und modifizierte dieses nach Bedarf. Die verschiedenen Triagestufen hatten separate Bereiche, die vergleichbar mit eigenständigen Stationen sind. So ist es möglich auch Patienten aus anderen Westafrikanischen Ländern wie Togo, oder der Elfenbeinküste zu empfangen und zu behandeln.

In der zweiten Woche führte es uns in die *Lake Bosomtwi Methodist Clinic*, ein Versorger der zweiten Ebene. Lustigerweise gab es während unseres Besuches auf keiner der vier Stationen (maternity, female, male, children) stationäre Patienten. Die einzige belebte Station war das Outpatient Department mit der Antenatal Care. Im Anschluss an die Tour durch die Clinic konnten wir Fragen zum Gesundheitssystem und den Einrichtungen verschiedener Ebenen klären.



Von Links nach Rechts: der Physician's Assistant, der leitende Pfleger, Katharina, Louisa, Ich, die leitende Hebamme (in traditioneller Uniform)

Mit der letzten Exkursion begleiteten wir "*Community Nurses*" zum sogenannten "Outreach", wobei Krankenschwestern in die ländlichen Gegenden Ghanas fahren, um medizinische Grundversorgung und Aufklärung über Malaria, HIV und Verhütung, oder Impfungen an die Menschen heranzutragen, denen es aus eigenen Kräften heraus nicht möglich ist ein Krankenhaus aufzusuchen. Der Auftrag dieser Exkursion, war speziell für die Kinder des kleinen Dorfes gedacht, sie sollten gewogen, bei Bedarf geimpft und ihr Wachstum beobachtet werden. Bei der Planung nicht bedacht war, dass auch ghanaische Kinder am Freitagmorgen um neun in der Schule sein müssen, und so war das Vorhaben beendet, nachdem die zehn "Dorfjüngsten" gewogen und geimpft waren und so ging es nach einer Stunde wieder zurück.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ich in meiner Zeit in MFHH viel mitnehmen und lernen konnte, auch wenn es eher durch Beobachtung und ständiges Nach-/ und Hinterfragen, als durch tatsächliches Arbeiten resultierte. Ich bewundere ghanaische Krankenschwestern und Pfleger, die sich für die alltäglichsten und normalsten Situationen Techniken überlegen und improvisieren müssen, habe aber bis heute kein Verständnis für die dortige Arbeitseinstellung entwickeln können. Trotz umfangreichstem Fachwissen, was meiner Meinung nach das Wissen und Know How der deutschen Pflegenden bei Weitem überschreitet, werden Dinge wissentlich nicht, oder nicht korrekt ausgeführt, trotz wenig Stress, sich über zu viel Arbeit beschwert und an doppelt geführter Dokumentation zu viel Zeit und Mühe "verschwendet". Aber dennoch bin ich fasziniert von der Tatsache, dass auch unter widrigen Umständen mit wenig Material und unter hygienisch fragwürdigen Bedingungen alles so gut klappt und seinen Gang geht, Ich würde mir wünschen die ghanaische Kreativität und Gelassenheit bei der Arbeit häufiger auch bei meinen deutschen Kollegen wiederfinden zu können, weil "sooo schlimm" ist das deutsche Gesundheitssystem im Vergleich nicht. Ich hoffe, dass diese Erfahrung nicht meine letzte professionelle ausländische Krankenhauserfahrung war, damit ich noch viel mehr Wissen und Erlebnisse im Austausch teilen und sammeln kann.