

Bericht vom Mai 2002

Geburtshilfe im Südpazifik

Volontäreinsatz von zwei Schweizer Hebammen auf den Salomonen Inseln

von Regina Burkhardt und Rita Müller (Bilder: H. Oberli)



Die drei Monate unseres Volontäreinsatzes bestanden aus der Mitarbeit im Team der Gebärdabteilung des Central Hospitals (Labour Ward), dem Begleiten von Schülerinnen (Hebammen und Krankenschwestern), sowie dem Unterrichten an der seit knapp einem Jahr eröffneten Hebammenschule in Honiara.

Das National Referral Hospital ist das grösste und am besten ausgerüstete Krankenhaus in den Salomonen. Dahin werden Risikofälle, sowie jegliche

Komplikationen aus den Provinzen überwiesen. Meistens unter grösserem Aufwand wie lange Transportwege mit Boot oder zu Fuss.

Die Geburtenzahl im National Referral Hospital liegt jährlich zwischen 3500-4000 Geburten.

Während der Eröffnungsphase sind die Frauen alle in einem Raum versammelt (first stage room). Entweder liegen sie auf einer der sechs Lagerstellen oder, wenn diese besetzt sind, stehen oder laufen sie umher. Stündlich werden die mütterlichen Vitalzeichen überwacht und die kindlichen Herztöne mit dem Hörrohr auskultiert. Ein Cardiotokograph steht nicht zur Verfügung. Die Wehentätigkeit wird ebenfalls stündlich, über 10 Minuten, auf Frequenz, Dauer und Stärke getastet und gewissenhaft protokolliert. Es herrscht eine ruhige und konzentrierte Stimmung. Die Hebammen und Schwestern massieren den Gebärenden den Rücken oder diese sich auch gegenseitig.

Schmerzäusserungen hört man praktisch keine. Analgesie wird selten bis nie gebraucht. Möglichkeiten der Schmerztherapie, wie zum Beispiel eine Periduralanästhesie, stehen nicht zur Verfügung. Regelmässig werden die Frauen bei ihrem Vornamen aufgerufen, müssen sich hinter eine Stellwand legen und werden vaginal untersucht.

Die Schwestern und Hebammen betreuen alle Frauen gleichzeitig und durcheinander. Es herrscht keine Übersicht und niemand übernimmt so die volle Verantwortung für Mutter und Kind. Die Anamnesen der Gebärenden spielen eine eher untergeordnete Rolle. Vorlagen zum Erfassen der Anamnesen sind zwar vorhanden, werden teilweise auch ausgefüllt, aber die wenigsten werfen einen Blick darauf, geschweige denn beziehen sie die Informationen in die Betreuung ein. Bestehende Risikofälle gehen so unter, was zu schweren pathologischen Situationen führen kann.

Sobald eine Frau vollständig eröffnet ist, wird sie in den kahlen, durch Klimaanlage unterkühlten Gebärsaal begleitet. Dort setzt sie sich auf den engen Gynistuhl, die Beine werden in die Stützen gestellt und nun ist sie "ready to push"!

Die Frauen werden oft viel zu früh aktiv zum Pressen angeleitet, ungeachtet des Höhenstandes des Vorangehenden Teiles. Fetal distress und mekoniumhaltiges Fruchtwasser sind keine Seltenheit.

Episiotomien und Dammrisse werden von den Schwestern oder Hebammen versorgt, unter teilweise erschwerten Bedingungen, wie fehlende Lichtquellen, defekte Nadelhalter, oder zu grobes bzw. feines Nahtmaterial.

Es ist erstaunlich wie wenig Infektionen sich unter diesen mangelnden hygienischen Umständen entwickeln.

Das Neugeborene wird unmittelbar nach der Geburt in einem wärmeren Raum erstversorgt. Es bekommt eine Hepatitis B Impfung und Vitamin K intramuskulär gespritzt. Bei mütterlicher Malaria-Erkrankung, sowie neonatalen Auffälligkeiten, wird das Kind auf Malaria untersucht.



Regina Burkhardt



Rita Müller

Dann wird es ungewaschen in Tücher gewickelt, welche die Mütter selbst mitbringen müssen. Sobald die Mutter versorgt ist und sich im sogenannten Erholungsraum (recovery room) befindet, wird das Kind zu ihr gelegt und an die Brust angesetzt.

Uterus - und Blutungskontrollen werden lediglich unmittelbar postpartal durchgeführt und ein letztes mal vor Verlegung auf die Wöchnerinnen-Abteilung (postnatal ward).

Bei Platzproblemen müssen die Schwangeren den Friscentbundenen ihre Liegen überlassen. Die Schwangerschaftskontrollen werden dann einfach auf einem Bett im Korridor durchgeführt.

Unsere erste Begegnung mit den Arbeitsumständen war ein kleiner Schock. An das Arbeiten ohne die uns vertraute schweizerische Infrastruktur muss man sich gewöhnen. Ein Gefühl der Hilflosigkeit entsteht, wenn man wegen fehlender Mittel oder nicht funktionierender Geräten nicht entsprechend und optimal reagieren kann.

Eine Frau am Termin gebar nach prothrahiertem Geburtsverlauf und stark mekoniumhaltigen Fruchtwasser ein "gestresstes" Kind. Das Neugeborene sollte nach schwerer Mekoniumaspiration und einem Apgar nach 1 Minute unter 5, abgesaugt und gebeutelt werden. Leider funktionierte weder das Absauggerät, noch war der Sauerstoff an eine volle Flasche angeschlossen. Auch der Ambubeutel war defekt.

Trotz rascher Verlegung auf die Kinderabteilung, verstarb das Kind 24 Stunden später an den Folgen der Mekoniumaspiration und dem Sauerstoffmangel.

Eines der grössten Probleme unseres Erachtens ist das Fehlen qualifizierten Fachpersonals. Auf die rund 4000 Geburten jährlich, kommen gerade zwei ausgebildete Hebammen. Das restliche Team besteht aus Krankenschwestern, welche zwar über eine grosse praktische Erfahrung in der physiologischen Geburtshilfe verfügen - jedoch in pathologischen Situationen fehlen dann eben die notwendigen Kenntnisse. So werden zum Beispiel in der Austreibungsperiode die kindlichen Herztöne nicht überwacht. Die betreuenden Schwestern sind nicht in der Lage auf Notfallsituationen wie fetale Bradykardien zu reagieren, da sie Forceps- und Vacuum-Entbindungen nicht durchführen können und dürfen. (Hebammen auf den Salomonen sind befugt vaginal-operative Geburtsbeendigungen durchzuführen.)

Bei Notfallsectios dauert es durchschnittlich länger als eine Stunde, bis die Frau für den OP vorbereitet ist und der Arzt überhaupt zur Verfügung steht. Der Zustand des Kindes hat für die Schwester folglich keine Bedeutung, da es für sie weder vor noch nach der Geburt eine Konsequenz hat.

Aufgrund der Tatsache, dass es zuwenig ausgebildete Hebammen hat, ist es beruhigend zu wissen, dass es seit einem Jahr eine Hebammenschule in Honiara gibt.

Die Schule wird durch die World Bank finanziert. Die Schülerinnen des Pilotkurses konnten Anfang Mai 2002 examiniert werden. Leider ist die Weiterführung des nächsten Kurses wegen fehlenden finanziellen Mitteln nicht gesichert.

Es machte uns Spass, die Schülerinnen zu unterrichten. Sie nahmen motiviert und aktiv am Unterricht teil und verfügten bereits über ein fundiertes Fachwissen. Es kam zu einem offenen Austausch, was auch für uns eine bereichernde Erfahrung war.



Die Abschiedsfeier

Für uns zeigte sich, dass ein solcher Volontäreinsatz vor allem im Ausbildungsbereich am meisten Sinn macht.

Natürlich durfte das Bereisen und Erkunden der Salomonen nicht fehlen! Die Landschaft mit ihrer üppigen Pflanzenwelt auf den unzähligen Südseeinseln ist einmalig. Das Schnorcheln im türkisblauen, glasklaren Wasser, mitten in den farbigsten Fischen und Korallen ist ein unvergessliches Erlebnis.

Die Menschen sind freundlich und hilfsbereit. Sie verkörpern ein positives

Lebensgefühl und trotz ihren nicht einfachen Lebensumständen, sieht man viele lachende Gesichter.

Diese drei Monate ermöglichten uns das Eintauchen und Erleben einer uns vorher gänzlich unbekanntem Kultur, und durch das Arbeiten entstand ein spannender und bereichernder Kontakt und Austausch mit den Leuten.



Rita Müller und Regina Burkhardt

© Mai 2002 R. Burkhardt und R. Müller

Vergleiche dazu auch den Bericht von Dr. med. Erhard Erb, "Erfahrungen eines Schweizer-Gynäkologen als Volontärarzt während eines Jahres in den Salomon-Inseln", vom 22.02.2001 (<http://www.hermannoberli.ch/publi.htm#docs>)