

Technologie und Innovation in pädiatrischen Intensivstationen: Ein vernetzter Blick auf Ozeanien

REFERENTEN

Monica Brooks, Trevor Duke, Emma Haisz

Emma Haisz

Hallo und willkommen zum Podcast der Region Ozeanien zur PICU Awareness Week der WFPICCS. Mein Name ist Emma Haisz und ich bin klinische Pflegeberaterin in einer pädiatrischen Intensivstation in Brisbane, Australien. Das Thema der diesjährigen PICU Awareness Week lautet „Technologie und Innovation in der pädiatrischen Intensivmedizin“. Ich freue mich, Ihnen heute unsere beiden Gäste vorstellen zu dürfen: Dr. Trevor Duke, Facharzt für pädiatrische Intensivmedizin am Melbourne Royal Children's Hospital, Professor für Pädiatrie an der Universität Melbourne, Abteilung für Pädiatrie, und Professor für Kindergesundheit an der Medizinischen Fakultät der Universität Papua-Neuguinea. Dr. Monica Brooks ist Kinderintensivmedizinerin auf der PICU des Starship Children's Hospital in Auckland, Neuseeland. Sie ist eine indigene Fidschianerin, die ihre medizinische Ausbildung in Fidschi absolviert hat. Willkommen zum heutigen Podcast. Für diejenigen Zuhörer, die mit der Region Ozeanien nicht vertraut sind: Es handelt sich um eine Region im Pazifischen Ozean, die Tausende von Inseln umfasst. Es gibt 14 Länder, von denen die beiden größten Australien und Neuseeland sind, die für ihre hochwertigen, innovativen pädiatrischen Intensivstationen und Forschungsk Kooperationen bekannt sind. Viele der übrigen Länder befinden sich noch in der Entwicklung und stehen vor Herausforderungen wie begrenzten Ressourcen, der Isolation der Bevölkerung und der Anfälligkeit für Naturkatastrophen und den Klimawandel. Wir haben uns entschieden, den heutigen Podcast auf einige der kleineren Nationen in Ozeanien zu konzentrieren, um zu diskutieren, wie Technologie und Innovation eingesetzt wurden, um

die pädiatrische Intensivmedizin für ihre Bevölkerung zu entwickeln und zu verbessern. Monica, als erste pädiatrische Intensivmedizinerin, die ihre Ausbildung außerhalb Neuseelands und Australiens in unserer Region abgeschlossen hat, würden wir gerne etwas über diese Erfahrung und auch über einige der Herausforderungen und innovativen Fortschritte hören, die Sie im Laufe Ihrer Karriere miterlebt haben.

Monica Brooks

Vielen Dank, Emma, vielen Dank für die Einladung zu diesem Podcast und vielen Dank für die nette Vorstellung, sowohl für mich und Trevor als auch für Ozeanien. Ja, ich bin die erste in Fidschi ausgebildete Intensivmedizinerin, die am College of Intensive Care and Medicine of Australia ausgebildet wurde. Ich habe letztes Jahr meinen Abschluss gemacht, meine Facharztausbildung abgeschlossen und gerade meine Arbeit als Intensivmedizinerin hier im Starship Children's Hospital in Auckland begonnen. Den größten Teil meiner medizinischen Ausbildung und meiner pädiatrischen Ausbildung habe ich in Fidschi an der Fiji School of Medicine absolviert. Tatsächlich habe ich meine ersten Erfahrungen in der pädiatrischen Ausbildung im Colonial War Memorial Hospital in Suva, der Hauptstadt von Fidschi, gesammelt. Ich habe auch im Lautoka Hospital gearbeitet, das ebenfalls über eine kleinere pädiatrische Intensivstation verfügt, die damals gemeinsam mit dem Intensivteam für Erwachsene genutzt wurde. Die Erfahrungen, die ich damals in Fidschi gemacht habe, waren, dass wir viele Kinder hatten, die an Krankheiten starben, die es in Australien und Neuseeland nicht gibt. Zum Beispiel Asthma. Wir hatten viele Fälle von Sepsis, und viele Todesfälle waren auch auf die späte Einlieferung und die geografische Lage zurückzuführen. Es ist nicht immer möglich, Kinder ins Krankenhaus zu bringen, weder auf der Straße noch mit dem Boot. Manchmal waren meine Erfahrungen in Fidschi unglaublich und fantastisch. Ich habe viele Fähigkeiten erworben, die mir bei meiner Ausbildung in Melbourne sehr geholfen haben. Den größten Teil meiner Ausbildung in der pädiatrischen Intensivmedizin habe ich in Melbourne absolviert, was fantastisch war. Es war ein großer Kontrast zwischen der Ausbildung und der Arbeit in Fidschi und der Arbeit in einer Einrichtung wie dem Royal Children's Hospital in Melbourne, wo es so viele Ressourcen gab und wo es einen so großen Unterschied zu dem gab, was wir in Fidschi hatten. Als Beispiel möchte ich den Rettungsdienst in Fidschi erwähnen, als ich dort als Kinderärztin tätig war. Die Intensivstation wird von Kinderärzten

betreut. Wir sind alle als allgemeine Kinderärzte ausgebildet, müssen uns aber um die Notfälle auf der Neugeborenen- und Kinderintensivstation sowie in der Notaufnahme kümmern und zusätzlich die Stationen in der Klinik betreuen. Wenn wir Patienten von den Außeninseln oder sogar aus abgelegenen Gebieten des Festlandes holten, mussten wir mit einer Krankenschwester mitfahren. Wir hatten einen kleinen Werkzeugkasten mit den wichtigsten Utensilien. Darin befand sich ein Laryngoskop; man durfte eine Klinge mitnehmen, egal welche man in den Schubladen oder in den Beatmungswagen fand. So hatte man dann entweder eine Mac-Klinge der Größe 2 oder eine Miller-Klinge. Aber man nahm, was man hatte. Wir nahmen ET-Tuben mit, von denen wir dachten, dass sie für das Kind ausreichen würden, und man musste sicher sein, dass man mit dieser einen ET-Tube die richtige Stelle traf, denn man hatte nicht viele Optionen, und wir hatten auch nicht genug Endotrachealtuben im Krankenhaus, die man mitnehmen konnte. Wir hatten nicht mehr als drei ET-Tuben auf einmal in unserem kleinen Werkzeugkasten. Wir hatten Adrenalin, Atropin, Suxamethonium und Morphin. Und wir hatten eine Kanüle, eine 24-Gauge- oder 22-Gauge-Kanüle, und einen Intraossalmittel. Wir hatten eine SAT-Sonde, das war alles, was wir zur Überwachung mitnehmen konnten. Wir hatten keine EKGs oder einen tragbaren EKG-Monitor, den wir mitnehmen konnten. Wir hatten auch keinen intraossären Schlauch. Wir hatten auch kein Beatmungsgerät, kein Transportbeatmungsgerät, sodass man Babys entweder mit Hubschraubern oder Flugzeugen oder auf der Straße, wenn wir im Krankenwagen waren, zurückbringen musste. Das machte die Medizin sehr interessant. Ich bereue es nicht, in Fidschi ausgebildet worden zu sein und dort gearbeitet zu haben. Es hat die Menschen sehr widerstandsfähig gemacht. Man musste mit den begrenzten Ressourcen auskommen, die man hatte. Und das größte Geschenk, das wir hatten, war, dass wir am Ende, wenn wir erfolgreich waren und das Kind nach Hause entlassen konnten, das war unglaublich. Und das war die Mühe wert. Trotz der begrenzten Ressourcen konnten wir Leben retten oder etwas bewirken. Außerdem wurde mir klar, dass es von Vorteil ist, mehr Ausbildung oder eine Weiterbildung in der Intensivmedizin, insbesondere in der Pädiatrie, zu absolvieren, in der Hoffnung, dass wir dann die Ergebnisse verbessern oder etwas anders machen können. Ich glaube nicht, dass wir viel ausgefallene Geräte oder Ressourcen brauchen, wenn wir uns auf das Wesentliche konzentrieren. Wenn wir lernen, das, was wir haben, besser oder anders einzusetzen, können wir die Ergebnisse verbessern.

Emma Haisz

Vielen Dank für diesen Einblick. Es war sehr interessant, von Ihren Erfahrungen zu hören und daran erinnert zu werden, wie gut einige Länder in unserer Region im Vergleich dazu ausgestattet sind und wie viel Glück sie haben. Fallen Ihnen Beispiele für solche innovativen Lösungen ein, die in den letzten Jahren in der pädiatrischen Intensivmedizin in Fidschi entwickelt wurden?

Monica Brooks

Ja, ich denke, was die Ressourcen angeht, ist die einzige Ressource, über die wir verfügen und die meiner Meinung nach für die meisten Inseln im Südpazifik gilt, dass wir über Humanressourcen verfügen. Und unsere Arbeitskräfte sind das, woran wir tatsächlich arbeiten und was wir weiterentwickeln können, und sie werden dann dazu beitragen, Veränderungen oder bessere Ergebnisse für die pädiatrische Bevölkerung zu erzielen. Die Region Südpazifik ist finanziell begrenzt. Gesundheitsbudgets haben nicht gerade Priorität. Leider gibt es in der Gemeinde viele andere Prioritäten, die Vorrang vor dem Gesundheitsbudget haben. Außerdem sind wir durch Ressourcen und Ausrüstung eingeschränkt, was wir nicht so schnell ändern können. Das ist seit vielen Jahren eine Herausforderung. Daher ist es für uns etwas schwieriger, hier schnell etwas zu verändern. Wir sind dankbar, dass wir viel Unterstützung für unsere Mitarbeiter erhalten. Das geschieht in Form von Mentoring im Bereich Telekommunikation mit unseren Kollegen in verschiedenen Regionen im Ausland. Es gibt einige auf der Zoom-Plattform, und die Teams-Plattform hat wirklich viel dazu beigetragen, dass ein kontinuierlicher Wissensaustausch mit dem Pazifikraum stattfindet. Gleichzeitig können diejenigen von uns, die außerhalb des Pazifikraums oder in Australien, Neuseeland oder anderen europäischen Ländern arbeiten, auch vom Pazifikraum lernen, welche Krankheitsverläufe es dort gab und welche Pathologien im Bereich der Infektionskrankheiten auftreten und welche Strategien dort angewendet werden. Nehmen wir etwas davon mit oder lernen wir, wie wir den Umgang mit einigen der Infektionskrankheiten in unserer Gemeinschaft, in unseren Gesellschaften, ändern können? Zu unserer Ausrüstung gehören Beatmungsgeräte. Wir haben zwar keine ECMO, aber das ist in Ordnung. Das ist nicht notwendig und auch nicht finanzierbar. Aber wir haben Atemwegsgeräte und Kreislaufgeräte sowie Medikamente, mit denen wir unseren Kindern zumindest die bestmögliche Versorgung bieten können. Wir haben gesehen, dass unser Wissen das Beste ist, was wir haben. Ich denke, dass die Telekommunikation und die Zoom-Plattformen dies wirklich verbessert und das Wissen in unseren

pazifischen Gemeinschaften verändert haben. Aber auch wir hier in Australien und Neuseeland haben davon profitiert. Ich würde sagen, dass man sich wirklich auf die Arbeitskräfte konzentrieren sollte. Die anderen Aspekte, also die Ausrüstung und die Ressourcen, sind meiner Meinung nach viel schwieriger zu bewältigen als ein größeres, übergeordnetes Problem. Ich denke, wir sollten Netzwerke innerhalb unserer eigenen Region im Südpazifik aufbauen. Wir haben beispielsweise eine Gruppe für Intensivmedizin im Südpazifik gegründet, um zu sehen, über welche Ressourcen jedes Land verfügt, um unser Wissen auszutauschen und darüber zu sprechen, wie wir diese Ressourcen nutzen. Das ist wahrscheinlich ein guter Anfang. Dann haben wir noch unsere Kollegen. Wir haben Menschen, die unsere Erfahrungen teilen. Wir arbeiten unter den gleichen Bedingungen. Und dann hat man das gesamte durchschnittliche Wissen. Trevor war ein großartiger Mentor für mich und sogar eine wichtige Informationsquelle, als ich noch in Fuji in der Ausbildung war. Ich erinnere mich an einen Fall, bei dem ich ein Baby wegen eines Aspirationssyndroms intubiert habe. Er erinnert sich vielleicht nicht mehr daran, aber es gab einen Neugeborenen, dem es sehr schlecht ging, und ich hatte keine Beatmungsgeräte mehr. Ich überlegte, was ich noch tun könnte. Ich hatte einen Schlauch in der Luftröhre. Was konnte ich noch tun? Wir hatten ein Bubble-CPAP-Gerät. Also dachte ich: „Na gut, legen wir das Baby einfach hin, lassen wir es atmen, schließen wir es an das Bubble-CPAP-Gerät an und schauen wir, wie es läuft.“ Danach rief ich Trevor an und schrieb ihm eine Nachricht, um ihm zu berichten, was ich getan hatte. Ob das in Ordnung sei. Denn ich hatte so etwas noch nie gemacht, aber wir hatten keine anderen Möglichkeiten mehr. Sie hatten kein Beatmungsgerät. Und Trevors Rat war: Ja, Sie haben das richtig gemacht, schauen Sie, wie es weitergeht. Und das Kind hat tatsächlich überlebt. Wir haben ihn extubiert und auf CPAP gesetzt, und er hat überlebt und wurde entlassen. Aber das waren nützliche Netzwerke und äußerst wertvolle Informationen und Kenntnisse, auf die ich dann sehr schnell zurückgreifen konnte – indem ich jemandem in Australien eine E-Mail geschickt habe und gefragt habe: „Das haben wir gemacht. Ist das in Ordnung oder nicht?“ Ich denke also, dass es äußerst hilfreich ist, die richtigen Leute an den richtigen Stellen zu haben.

Emma Haisz

Vielen Dank für diesen Beitrag, der mir sehr gefallen hat. Sie haben gezeigt, dass die Kommunikation in beide Richtungen funktioniert, dass nicht nur die entwickelten Länder den Entwicklungsländern helfen,

sondern dass auch umgekehrt gelernt wird. Sie haben Trevor erwähnt und wie er Sie in dieser Geschichte unterstützt hat. Ich würde mich freuen, wenn Trevor uns nun etwas über die pädiatrische Intensivmedizin, den Stand der pädiatrischen Intensivmedizin oder die aktuelle Entwicklung dieses Dienstes in Papua-Neuguinea erzählen könnte.

Trevor Duke

Danke, Emma. Für mich ist Monicas Geschichte wirklich unglaublich und es ist toll, sie zu hören. Es ist eine Geschichte über persönliche Erfolge, aber auch über den Fortschritt der pädiatrischen Intensivmedizin und der Pädiatrie im Allgemeinen in den Pazifikstaaten. Und Monica engagiert sich weiterhin für die Ausbildung in Fidschi. Ich denke, dass diese Netzwerke der Diaspora, die Hilfe leisten, und die Tatsache, dass die Menschen dies als eine Art ozeanische Praxisgemeinschaft betrachten, sehr wichtig sind. Aber wie Sie bereits gesagt haben, Emma, ist die Region sehr vielfältig, riesig und im Vergleich zu anderen Regionen der Welt relativ dünn besiedelt. Und viele der 14 Länder, die Sie erwähnt haben, haben nicht die gleiche Geschichte der Entwicklung der pädiatrischen Intensivmedizin wie Fidschi und natürlich Australien und Neuseeland. Das gilt eigentlich für die meisten anderen kleinen Inselstaaten. Sie sagten, wir würden uns auf zwei kleine Länder konzentrieren, aber Papua-Neuguinea ist eigentlich kein kleines Land. Es gibt mindestens 11,6 Millionen Einwohner, selbst nach vorsichtigen Schätzungen. Wenn ich mich nicht irre, Monica, ist es sogar größer als Neuseeland. Es ist sicherlich ein riesiges Land, sowohl flächenmäßig als auch wie Fidschi geografisch sehr verstreut, aber auf unterschiedliche Weise – in einigen Punkten ähnlich, in anderen eher unterschiedlich. Es ist auch eines der ressourcenärmsten Länder der Region. Ich sage das in gewisser Weise, weil es über viele Bodenschätze verfügt und eine unglaubliche Natur hat, genau wie Fidschi, und weil es über Humanressourcen verfügt. Dennoch ist die Wirtschaft nicht so stark und die Gesundheitsversorgung ist unterfinanziert. Das und viele andere Faktoren führen dazu, dass die Kindersterblichkeit derzeit bei etwa 42 pro 1000 Lebendgeburten liegt. Vergleichen Sie das mit Fidschi, wo die Rate, wenn ich mich nicht irre, Monica, bei etwa 28 pro 1000 Lebendgeburten liegt. Einige Schätzungen gehen von vielleicht 26 aus, aber wahrscheinlich sind es 28 pro 1000 Lebendgeburten für Kinder unter fünf Jahren. Vergleichen Sie das mit Australien und Neuseeland, wo die Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren bei vier pro 1000 Lebendgeburten liegt. Das ist also ein zehnfacher Unterschied zwischen Australien und Papua-

Neuguinea. Das heißt nicht, dass PNG keine Fortschritte gemacht hat. 1990 lag die unbestimmte Sterblichkeitsrate bei etwa 90 bis 100 pro 1000, sodass die Kindersterblichkeit in dieser Zeit erheblich zurückgegangen ist. Ich erwähne das als Hintergrundinformation, weil es bis vor kurzem in Papua-Neuguinea nicht sinnvoll erschien, etwas einzuführen, das wie eine pädiatrische Intensivstation aussieht, aber tatsächlich ist die Kindersterblichkeit in den letzten Jahrzehnten, wie gesagt, sehr stark zurückgegangen. Und dennoch waren Impfungen, Ernährung und Bildung zur Verbesserung der Qualität und des Zugangs zu grundlegenden Gesundheitsdiensten immer noch das Beste, was man für die Kinder in diesem Land tun konnte. Wir haben 22 Provinzkrankenhäuser im ganzen Land und ein großes Tertiary-Krankenhaus, und viele Kinder werden mit lebensbedrohlichen Erkrankungen in diese Krankenhäuser und kleinere Bezirkskrankenhäuser eingeliefert, wo sie eine intensivere Versorgung benötigen, als bisher möglich war. Wir haben einen Entwurf für eine Strategie für die pädiatrische Intensivstation in Papua-Neuguinea, der noch sehr grundlegend ist. Er knüpft an die nationale Strategie für die Gesundheit von Kindern an und an die Maßnahmen, die in den letzten 20 Jahren zur Verbesserung der grundlegenden Versorgungsqualität ergriffen wurden. Das Ziel ist es, zunächst einen landesweiten Zugang zu einer guten pädiatrischen Versorgung zu schaffen. Das beginnt mit der Ausbildung, aber nicht nur damit, sondern auch mit dem Einsatz des richtigen Personals in jeder Provinz, die im Durchschnitt etwa 300.000 bis 400.000 Einwohner hat. Das sind sehr große Provinzen. Einige Provinzen haben bis zu 500.000 oder 600.000 Einwohner. Mit Ausnahme von zwei Provinzen gibt es mittlerweile in jeder Provinz Kinderärzte, und auf etwa 500.000 Einwohner kommen ein bis zwei Kinderärzte. Damit liegt das Verhältnis von Kindern zu Kinderärzten bei etwa 0,5 pro 100.000 Einwohner, was immer noch dem Verhältnis in den meisten der am wenigsten entwickelten Länder Afrikas entspricht, nämlich 0,5 pro 100.000 Einwohner. Der erste Schritt besteht also darin, ausreichende personelle Ressourcen zu schaffen, und zwar nicht nur Kinderärzte, sondern auch Kinderkrankenschwestern und Kinderpfleger, die sich mit der Bereitstellung einer guten pädiatrischen Grundversorgung auf Provinzebene und sogar auf Bezirksebene und darunter auskennen. Derzeit gibt es in Port Moresby eine kleine pädiatrische Intensivstation mit 12 Betten, die sich innerhalb der allgemeinen Kinderstation befindet. Derzeit führen wir dort keine mechanische Beatmung durch, sodass Kinder, die eine mechanische Beatmung benötigen, wie schon seit langem, seit etwa einem Jahrzehnt, in die Intensivstation für Erwachsene aufgenommen werden. Die häufigsten Gründe für die Notwendigkeit einer mechanischen Beatmung bei Kindern in Papua-Neuguinea und in vielen Ländern Ozeaniens sind Schlangenbisse oder das Guillain-Barré-Syndrom, also Erkrankungen, bei denen die Lunge relativ

normal ist, aber neuromuskuläre Probleme auftreten, die sich mit der Zeit wieder zurückbilden. Es gibt also viele Kinder, die aufgrund dieser Erkrankungen, für die postoperative Versorgung oder nach Traumata eine kurz- oder sogar langfristige mechanische Beatmung benötigen. Es ist nicht ideal, Kinder mit sehr schwerer Lungenentzündung künstlich zu beatmen. Oft lenkt das von der Bereitstellung der grundlegendsten Leistungen ab. Ich habe das schon oft erlebt. Deshalb versuchen wir seit etwa 15 Jahren, die Qualität der grundlegenden Akutversorgung zu verbessern. Dazu gehört auch die Technologie, beispielsweise die Versorgung mit Sauerstoff auf Provinz- und sogar auf Bezirksebene. Und es gibt ein Programm für den Einsatz von Sauerstoffkonzentratoren im ganzen Land. Selbst während COVID wurde Sauerstoff zu einem sehr wichtigen Thema und einem sichtbaren Mangel. Zu den neuen Innovationen gehören mobile Sauerstoffanlagen, die in einem Container transportiert werden können und Sauerstoff erzeugen, solange eine kontinuierliche Stromversorgung vorhanden ist. Diese Anlagen wurden inzwischen in mehrere der sieben Provinzen des Landes geliefert. Noch wichtiger ist jedoch, dass es Sauerstoffkonzentratoren gibt, die noch weiter unten in der Gesundheitsversorgungskette eingesetzt werden, bis hinunter zu Bezirkskrankenhäusern, wo die Stromversorgung unzuverlässig ist, die jedoch mit Solarenergie betrieben werden. So gibt es mittlerweile 40 Gesundheitszentren im ganzen Land, die über eine solarbetriebene Sauerstoffversorgung verfügen und seit 2015 in Betrieb sind. Sie funktionieren sehr gut und haben in groß angelegten Feldforschungsprojekten gezeigt, dass sie die Sterblichkeitsrate bei Lungenentzündung senken und die Notwendigkeit von Überweisungen reduzieren und so weiter.

Emma Haisz

Das ist eine unglaubliche Innovation, auf die jemand wie ich, der nur in Kanada und Australien gearbeitet hat, nicht einmal gekommen wäre. Vielen Dank für diese Information. Solarbetriebene Sauerstoffkonzentratoren sind fantastisch, denn Sauerstoff ist das wichtigste Medikament bzw. die wichtigste Behandlung in der Intensivmedizin für Kinder und Erwachsene. Vielen Dank, dass Sie beide den Aspekt der Humanressourcen und der Ausbildung dieser Gesundheitsdienstleister angesprochen haben. Mit welchen Herausforderungen sind Sie in diesen Regionen konfrontiert und welche Lösungen werden umgesetzt, um diese Engpässe zu überwinden?

Trevor Duke

Vielleicht sollte ich noch hinzufügen, dass der Rückgang der Sterblichkeitsrate, den wir in den letzten 15 Jahren in den Krankenhäusern auf Provinzebene in Papua-Neuguinea beobachtet haben, nicht nur auf technologische Innovationen zurückzuführen ist. Ich denke sogar, dass diese nur einen sehr kleinen Teil dazu beitragen. Es ist zwar eine große Hilfe für das medizinische Personal, nun über Technologien zu verfügen, die ihnen zuvor nicht zur Verfügung standen, aber ich glaube, dass der entscheidende Faktor in der Ausbildung liegt. Die Weltgesundheitsorganisation hat ein Programm zur Ausbildung von Gesundheitspersonal, für nicht spezialisierte Ärzte und Krankenschwestern. In Papua-Neuguinea gibt es Gesundheitsämter mit klinischen Mitarbeitern und Gemeindegesundheitshelfern, die wir in der Krankenhausversorgung von Kindern schulen. Es gibt ein Programm namens „Krankenhausversorgung für Kinder“, das mittlerweile auf fast alle Provinzen in Papua-Neuguinea ausgeweitet wurde. Ich denke, dass diese Schulungen, die alle häufigen Krankheiten und akuten Erkrankungen von Kindern abdecken und vermitteln, wie man Notfalltriage und -beurteilung durchführt und einen ganzheitlichen Ansatz in der pädiatrischen Versorgung verfolgt, wahrscheinlich genauso notwendig waren wie Verbesserungen bei den Produkten, Technologien oder anderen Ressourcen. Das knüpft an das an, was Monica gesagt hat, nämlich dass die reichhaltigen Humanressourcen in allen Ländern unterstützt werden müssen, um die Qualität der Dienstleistungen zu verbessern. Das Programm „Krankenhausversorgung für Kinder“ ist sehr erfolgreich.

Monica Brooks

Ich möchte noch etwas zu den Erfahrungen in Fidschi und zu dem, was bereits gesagt wurde, hinzufügen. Die Bevölkerung ist klein, aber die Fläche, auf der diese Inseln liegen, ist riesig, und die Entfernungen sind groß, da einige von ihnen nur mit dem Schiff oder Boot oder im Landesinneren zu Pferd oder auf andere Weise erreichbar sind. Es gibt jedoch nicht genügend Ärzte oder Kinderärzte, um in diesen Gebieten einen Kinderarzt oder eine in der Intensivpflege ausgebildete Person zu haben. Deshalb haben wir Krankenpfleger und Krankenstationen auf vielen der abgelegeneren Inseln und in den Dörfern. Eine der Schulungen, die ich für diese Mitarbeiter im Gesundheitswesen als sehr nützlich

empfangen habe, ist die APL-Ausbildung, die für alle Krankenpfleger, Krankenpfleger mit Zusatzausbildung und Medizinstudenten im letzten Ausbildungsjahr durchgeführt wurde. Sie absolvierten den APL-Kurs, bevor sie in verschiedene Dörfer und auf verschiedene Inseln geschickt wurden, da sie dann die einzigen Ärzte in diesen Gebieten waren. Das bedeutete aber auch, dass diese frischgebackenen Ärzte, wenn sie einen Kinderarzt auf dem Festland riefen, bereits den größten Teil der Wiederbelebnungsmaßnahmen durchgeführt hatten und nur noch den A-Pillar-Algorithmus befolgten, was für sie sehr nützlich war. Sie mussten nicht unbedingt intubieren, sondern versorgten die Patienten mit Sauerstoff, legten eine intraokulare Infusion und begannen mit der Gabe von Antibiotika. Und dann rufen sie an und sagen: „Hier ist die Lage, wir brauchen jetzt ein Rettungsteam.“ Es gibt also Programme wie APLs, die Trevor erwähnt hat. Es gibt ein Taschenbuch oder ein blaues Handbuch, in dem die Behandlung von Gastroenteritis und Durchfall sowie deren Behandlung mit anderen oralen Rehydrationslösungen oder intravenösen Flüssigkeiten aufgeführt sind. Das wird in allen Krankenhäusern und auch in den kleineren Gesundheitszentren verwendet. Außerdem gibt es noch andere Programme, wie zum Beispiel „Peds Basic“, das ebenfalls eingeführt wurde und die Weiterbildung von Kinderärzten, Anästhesisten und auch anderen Ärzten ermöglicht, damit sie kritisch kranke Kinder versorgen und auf einer Intensivstation behandeln können. All diese Schulungen für unser Gesundheitspersonal, seien es Krankenschwestern, Krankenpfleger oder Ärzte, sind fantastisch, weil sie ihnen eine Vorstellung von den grundlegenden Wiederbelebnungsmaßnahmen vermitteln, die sie durchführen können, und sie können zumindest damit beginnen, bevor sie erfahrenere Kollegen hinzuziehen oder die Patienten in ein größeres Referenzkrankenhaus verlegen.

Emma Haisz

Ich habe auch gehört, dass einige Länder oder einige Gesundheitseinrichtungen in unserer Region eine Gruppe namens „Taking Pediatrics Abroad“ zu Ausbildungszwecken eingesetzt haben. Mir wurde gesagt, dass sie Online-Schulungen für Krankenpfleger, Ärzte und Angehörige verwandter Gesundheitsberufe anbieten.

Monica Brooks

Ja, danke, dass Sie das angesprochen haben. Das hätte ich tatsächlich vergessen zu erwähnen. Ja, sie bieten regelmäßig Schulungs- und Weiterbildungsprogramme für Kinderärzte in der Region zu verschiedenen Fachgebieten an, nicht nur zu Themen speziell für die Intensivmedizin, sondern zu allen Fachgebieten, zu denen sie Fragen haben, und sie diskutieren auch Fälle. Auf diese Weise werden Australien und Neuseeland in den Raum und in den tatsächlichen Kontext gebracht, denn sie diskutieren dann über Patienten, die direkt vor ihnen stehen, und können sich ein Bild davon machen, ob sie ihre Behandlung ändern müssen oder nicht. Das ist eine großartige Initiative, die da entwickelt wurde.

Emma Haisz

Bevor wir unsere Sitzung heute beenden, gibt es noch etwas, das Sie über die Ausbildung im Gesundheitswesen oder die Partnerschaften, an denen Sie im Rahmen Ihrer Arbeit in Papua-Neuguinea oder Fidschi beteiligt waren, mitteilen möchten?

Trevor Duke

Es bedarf eines systemischen Ansatzes, um über eine gute klinische Versorgung nachzudenken, und dazu gehören auch Dinge, die wir oft für selbstverständlich halten, wie beispielsweise ein Frühwarnsystem oder ein Met-System oder ein Frühwarn- und Reaktionssystem. Solche Dinge können auch in Umgebungen mit begrenzten Ressourcen eingerichtet werden und dennoch einen großen Unterschied machen, denn die Erkennung eines sich verschlechternden Zustands eines Patienten ist beispielsweise ist keine technische oder technologische Innovation, sondern ein sehr wichtiger Aspekt der Prävention von Verschlechterungen und der Prävention kritischer Erkrankungen in vielen Ländern, in Ländern auf der ganzen Welt, und solche Systeme können meiner Meinung nach die Humanressourcen unterstützen und das Gesundheitspersonal dabei unterstützen, Todesfälle besser zu verhindern. Aber es gibt Dinge, die wir eigentlich für selbstverständlich halten, sogar Dinge wie Grundgüter für jeden technologischen Fortschritt, sei es CPAP oder sogar Sauerstoff oder die Verfügbarkeit eines Biomediziners, der bei der Wartung der Geräte hilft. Das sind Dinge, die wir für selbstverständlich halten, und das sind Dinge, die

auf der Ebene der Gesamtsysteme in Ländern, die Ambitionen im Bereich der pädiatrischen Intensivmedizin haben, angegangen werden müssen.

Monica Brooks

Danke, Trevor. Aus meiner Sicht ist es wichtig, die Ausbildung vor Ort zu fördern, aber auch eine kontinuierliche Zusammenarbeit in der Region sicherzustellen. Vor kurzem hat die Fiji School of Medicine einen Masterstudiengang in Intensivmedizin eingeführt, der es Absolventen mit einem Master in Anästhesie ermöglicht, diesen als weiteren Master zu absolvieren. Das ist eine großartige Leistung für die Schule. Letztes Jahr hatten sie die ersten vier Absolventen des Programms, von denen drei aus Fidschi stammten. Einer kam aus Tara, und das ist großartig, denn dann gehen sie alle auf die verschiedenen Inseln und leiten dort Intensivstationen und werden zu führenden Persönlichkeiten der Intensivmedizin oder der Ausbildung in ihren jeweiligen Ländern. Was die Ausbildung angeht, so fördern wir die Ausbildung vor Ort und versuchen herauszufinden, wie wir auf nationaler und regionaler Ebene die medizinischen Fakultäten vor Ort, wie die PG School of Medicine, oder deren Programme weiterhin unterstützen können, um sicherzustellen, dass die Programme mit denen im Rest Ozeaniens gleichwertig sind. Ich denke, das motiviert mehr Menschen, diese Ausbildungen zu absolvieren und sie besser zu starten. Außerdem konzentrieren wir uns auf Upselling und Kapazitätsaufbau. Wir machen Besuche und kommen mit unseren eigenen internationalen Teams und Pflegepersonal und versuchen, die lokalen Teams in diese Teams zu integrieren, damit wir ihnen nicht nur das Wissen vermitteln, das wir mitbringen, und dann wieder gehen, sondern die lokalen Teams tatsächlich zum Lernen ermutigen, damit sie dann selbst überlegen können, wie sie das Programm aufrechterhalten können, und das umso mehr in diesem Umfeld, in dem ich feststelle, dass die globale Finanzierung für viele Projekte und Schulungen, die für weniger entwickelte Länder und Länder mit weniger Ressourcen wichtig sind, eine ganz neue Form annimmt und viel mehr diskutiert wird. Ich denke also, wir müssen uns wirklich darauf konzentrieren, dass wir die Kapazitäten aufbauen, damit sie auch dann, wenn die Finanzierung ausbleibt oder nicht ausreicht, einfach einspringen und einige dieser Projekte selbst übernehmen können. Denn dank der Schulungen haben wir ihre Fähigkeiten verbessert und die Programme aufgebaut. Und dann können wir hier in der Region einfach sagen: „Großartig, jetzt können wir das übernehmen, denn wir haben jetzt mehr Sicherheitspersonal, um das aufzubauen, egal, um welche Besuche es sich handelt.“

“ Und Sie wissen ja, Tom, speziell über die Besuche im Bereich Herzchirurgie, oder ob es um Plastische Chirurgie geht, oder Traci bereitet alles vor. Seit kurzem haben wir einen Gefäßchirurgen in Fidschi, der gerade eine Zeit in Melbourne verbracht hat. Er war zwei Jahre lang dort tätig und ist nun sozusagen Teil des Gefäßchirurgieprogramms in Fidschi. Es gibt also Wachstum in verschiedenen Bereichen, nicht nur in der Pädiatrie, sondern auch in anderen Fachgebieten.

Trevor Duke

Ein letzter Gedanke: Ich glaube, wir sollten uns neu vorstellen, wie die Region Ozeanien in den nächsten zwei Jahrzehnten aussehen könnte. Es könnte eine Region sein, in der die Unterschiede zwischen den Ländern in Bezug auf Kindersterblichkeit und andere Gesundheitsindikatoren für Kinder praktisch verschwinden. Dies wird jedoch nur durch eine viel stärkere Zusammenarbeit möglich sein. Insgesamt sind die Verbindungen zwischen dem Pazifikraum, Australien und Neuseeland in den letzten 50 Jahren aus vielen Gründen geschwächt worden, aber jetzt ist ein guter Zeitpunkt, um diese Verbindungen in den Bereichen Bildung, Ausbildung und Gesundheitsversorgung neu zu überdenken, gemeinsam den Klimawandel anzugehen und Hindernisse für die Zusammenarbeit abzubauen. Diese Hindernisse sind komplex. Sie sind legislativer, wirtschaftlicher, struktureller und historischer Natur. Aber wenn wir einige dieser Hindernisse überwinden und in der kommenden Generation die Vorstellung entwickeln können, dass wir alle Teil Ozeaniens sind, wo Gemeinschaften sich gegenseitig helfen und voneinander lernen, dann glaube ich, wirklich, dass dies uns alle bereichern und dazu beitragen wird, die Kluft zu schließen.

Emma Haisz

Vielen Dank. Ich möchte Ihnen beiden dafür danken, dass Sie sich heute Zeit für dieses Gespräch genommen haben. Es hat mir sehr gefallen, mehr über die Herausforderungen und Erfolge bei der Entwicklung der pädiatrischen Intensivmedizin außerhalb Australiens und Neuseelands zu erfahren, und ich bin sicher, dass unsere Zuhörer die Informationen, die sie heute erhalten haben, zu schätzen wissen werden. Vielen Dank.

