

Ndala



Steeds meer huizen in Ndala hebben een waterleiding tot in hun huis en ook het stroomnetwerk wordt nog steeds uitgebreid zodat ook buiten het centrum iedereen stroom kan krijgen. Water betaal je prijs afhankelijk afstand van centraal tappunt. Door de lange periode van droogte is alle mais verdord en het is voor het eerst in 40 jaar dat nu 2 jaar achter elkaar de maisoogst mislukt. Honger en geen geld voor ziekenhuisbezoek.

Petrol station

Ik had het vorige keer al beetje begrepen: financieel mismanagement en verkeerde investeringen (en vooral ook uitgaven voor er geld was) hebben geleid tot schuld (ik meen rond 30.000 euro). Het station is een jaar dicht geweest, maar nu valt het onder Sr Beatrice (accountant) en zij heeft afspraken



gemaakt over leningen om langzaam de schuld terug te betalen en uiteindelijk dit income costing project kan omzetten in iets winstgevents.

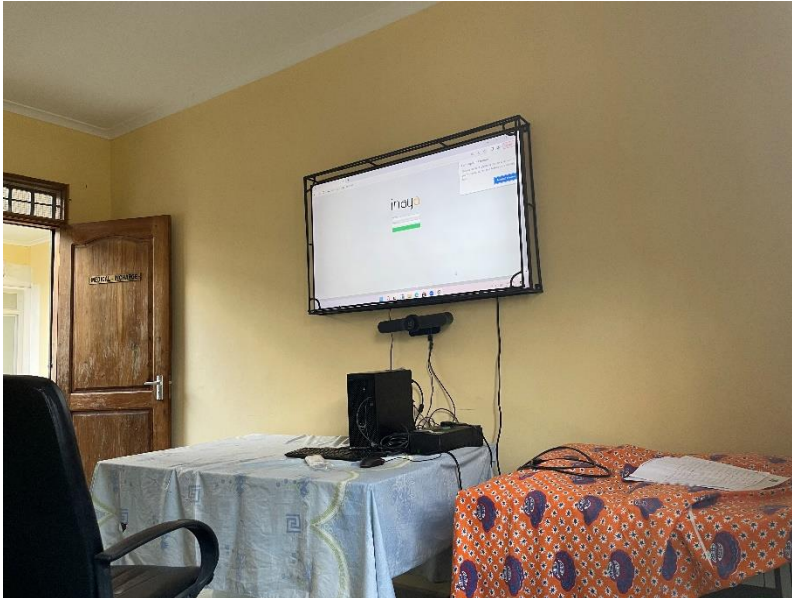
Hospital algemeen

Je merkt dat er onder leiding van dr John Nyeho (nu sinds 2 jaar MOIC, gesecondeerd door DMO eb oud Ndala arts George Mgalega) wel meer gerichte toekomstplannen worden gemaakt. Ik denk wel met een goed idee: de levensstandaard van de Tanzanianen in de omgeving gaat (voor een deel dan toch) vooruit en er zijn steeds meer goede zorgaanbieders in de omgeving. Dus de strategie die ze hebben aangenomen is om te proberen wat meer specialistischere zorg te bieden met het idee daar wat inkomsten uit te halen om dan de basiszorg te kunnen blijven bieden voor betaalbare prijs voor armen.

Er zijn goede contacten met health centres in de buurt en ik zag opvallend veel verwijfsbrieven voor barende vrouwen.

Stroom is de laatste jaren belangrijker geworden. In mijn tijd werd als er geen zon scheen de generator alleen aangezet als er röntgenfoto gemaakt moest worden of operatie. In de huidige tijd is denk ik elektriciteit veel vaker nodig dan bv 10 jaar geleden (wasmachine, EPD, lab machines, zoom meetings), dus is ook wel logische ontwikkeling dat er niet zonder kan. Maar het vermogen uit het zonnepark is niet voldoende voor grote apparaten en door de droogte zijn er regelmatig powercuts van het nationale net en dan is de generator duur.

Overdracht



Ik viel bijna van mijn stoel toch ik het interactieve scherm zag in het kantoor van de MOIC waar vrijdag de necrologie bespreking was. Het zou in een Nederlands ziekenhuis niet misstaan, goed voor videoverbinding overdracht. Betaald door de overheid begreep ik. En toen ik er over nadacht snapte ik het wel: ik denk dat overal wel 24/7 stroom is en redelijk internet en zo'n videoverbinding/scherm is goedkoper dan een paar keer per jaar met 5 auto's vanuit Dar es Salaam komen rijden voor

een overleg (zoals voorheen gebeurde). Ik begreep dat er dagelijks video updates over de Marburg outbreak kwamen en er zijn ook regionale maternal en neonatal mortality audits via video verbinding.

Projecten – gesteund

Pharmacy

Al een tijdje is het ziekenhuis bezig met een apotheek vlak buiten de gate (op de plek waar voorheen de fietsenstalling was), met geld van de Tabora Stichting. Ik vroeg me af waarom zo'n pharmacy minder last van out of stock zou hebben dan de ziekenhuis apotheek en of je niet gewoon op 2 plekken stockproblemen krijgt. Ook vroeg ik me af of het niet een beetje laat is met misschien wel een dozijn duka la dawa in de stad. Dr. John heeft me uitgelegd dat het toch anders zit: dit is een duka la dawa la jamii, waar serieuze medicijnen mogen worden verkocht, in tegenstelling tot de duka la dawa muhimu of dld baridi in het dorp. Het idee is dan ook dat de pharmacy ook verkoopt aan de kleinere apotheken (of eigenlijk meer drogisten) in het dorp en aan het ziekenhuis.

Het ziekenhuis is vaak verplicht bij de nationale pharmacy MSD te kopen en die zitten regelmatig zonder medicijnen. Dat geldt niet voor een poliklinische pharmacy, die kunnen makkelijker privaat



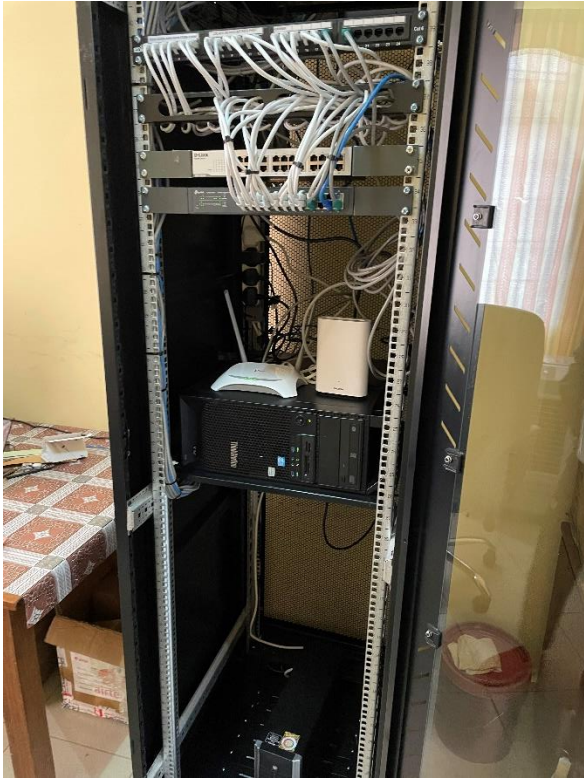
inkopen als ik het goed heb begrepen. Bij Sengerema hebben ze ook zo'n poliklinische pharmacy en daar bevalt het heel goed, dus dat is wel een positief teken.

Nadeel is dat zo'n dld la jamii meer eisen heeft dan een kleine duka la dawa: 4 dagen per maand moet er een apotheker superviseren en een contract daaromtrent is nodig voor een vergunning. Daar hangt het nu om: er is nog geen apotheker gevonden die voor een redelijke

prijs dat wil doen en dus nog geen vergunning. Er zijn gesprekken met apothekers uit Nzega en Tabora. Ndala zelf heeft alleen pharmacy technicians (eigenlijk gek dat een ziekenhuis apotheek blijkbaar geen apotheker-supervisor nodig heeft). Er is wel een CB non die de opleiding tot apotheker wil doen. Via de CSCC is er een beurs van 500 dollar per maand, maar dat is onvoldoende voor de opleidingskosten, dus er wordt nog gezocht naar een aanvulling hierop. Voor de lange termijn zou een apotheker in huis natuurlijk voordeliger zijn dan duur iemand betalen voor 4 dagen per maand (evt samen met Sengerema).

HMIS

Zie ook verslag vorig jaar: grote wens (en verplichting vanuit overheid) voor EPD. Het systeem wat ik 1,5 jaar geleden tegenkwam (Greycare) en al was gefinancierd door ziekenhuis zelf, was niet gebruikersvriendelijk dus samen met Rob vd Zon gekeken voor alternatief. Gekozen voor Inaya, dat goed beviel in St Ann's en financiële steun van Stichting Tabora. De eerste helft vorig jaar en daarmee OPD opgezet en sinds januari 2023 ook het klinische deel. Er is een server voor een draadloos netwerk met een noodbatterij voor 2u. Op de kamers waar zorg wordt verleend staan pc's en er wordt visite gelopen met kleine touchscreen laptops. Helaas maar licentie voor max 20 inlogs tegelijkertijd, maar eigenlijk is dat wel voldoende. Er is een 1-mans helpdesk (Goodluck). Makkelijk om data bij te houden en te analyseren (bv inkomsten, medicijnen, maar ook lijst met overleden patiënten). Er is koppeling met de verzekerde patiënten en het systeem is heel erg gericht op low income countries, bv eerst betaling nodig voor onderzoek gedaan kan worden (voor OPD patiënten). En ook de wat oudere en lager opgeleiden verloskundigen werken hiermee, was wel wennen, maar ik begreep dat Dr John best streng was dat iedereen het moest doen en dat het nu ook loopt. De co-assistenten die ik trof hadden de invoering meegemaakt en waren onder de indruk.



Serverkast



Visite laptop



OPD pc

Dental clinic

Met steun van Pius XII is een nieuwe tandartskamer ingericht en er is een dental nurse, Priscilla Innocent. Ze heeft het nu nog niet zo druk, maar het idee is dat dit ook een income generating clinic is. In Tanzania is preventieve tandheelkunde niet gebruikelijk, maar zou voor de Bima patiënten natuurlijk makkelijk in te voeren moeten zijn.

Priscilla kan nog geen wortelkanaal behandeling, maar zou dit evt in Kitete willen leren.



Stoel met tipcamera en scherm om tanden te inspecteren

Microbiologie (culture & sensitivity)

Sinds een jaar kunnen er microbiologische kweken worden gedaan. Geen idee hoe de betrouwbaarheid is, maar het wordt maar weinig aangevraagd, handjevol keren per maand. Toen ik in Haydom kwam begreep ik dat resistentie daar een groot probleem is en dat verbaast natuurlijk niemand. Doordat de Tanzaniaanse visiting specialists het gewoon waren is in Ndala overgenomen veel antibiotica voor te schrijven, ook bij schone procedures als hernia-repair of primaire sectio, met meerdere giften breed-spectrum antibiotica. In Haydom is er 50% (!) resistentie tegen ceftriaxon. Het zou leuk zijn om een antibiotica-protocol te maken voor Ndala waarbij je net als in Nederland aparte medicijnen gebruikt voor profylaxe en andere medicijnen voor therapie. En dat er meer wordt gekweekt. Misschien leuk voor een onderzoeksstudent.

Projecten – aanvragen

CPAP

Bij Myrrith/Imelda Nolet ligt er aanvraag voor nieuwe opvangtafel met CPAP. De oude opvangtafel is 13 jaar oud en veel gebruikt en echt kapot (heater doet het niet). En de sterfte is hoog. Ze hebben een mooie aanvraag geschreven, maar ik was wat sceptisch: valt er wat te redden met CPAP en gaan kinderen niet alsnog dood aan andere problemen dan respiratoir. Maar ik kan me wel herinneren dat er best wat kinderen zijn die niet goed zelfstandig ademen, maar wel leven. Die kun je dan niet uren beademen en zuurstof geven (wat wel werd gedaan) is niet echt nuttig. Dus ik zie er wel potentie in, al is het belangrijk goede indicaties te hebben en natuurlijk ingebed in project met scholing neonatale opvang (en dit is ook het voorstel). Ik begreep van artsen uit zowel Sengerema als Haydom dat zij de CPAP



apparaten die zij daar hebben wel nuttig vinden, dus volgens hen zou het nuttige uitbreiding kunnen zijn voor Ndala.

Water supply

Vorige keer met Rob vd Zon uitgebreid gekeken naar de water supply. Omdat Mr Ludovik ziek was geweest tijd geduurd voor er een voorstel lag en dat voorstel + prijsopgave bestaat alleen uit de spullen + manuren, maar daardoor was het niet helemaal duidelijk of dat voorstel was voor alles wat er bedacht was of bv maar een deel.

Zie bijgevoegd nog zijn verslag uit 2021 met het voorstel. Ik ben met de fundi langs alle tanks gelopen en ik begreep van hen dat de offerte is gemaakt met het voorstel van Rob in de hand en dus precies is wat er is afgesproken:

- Grote tank (10k L) op bestaande betonnen toren om druk op te bouwen voor leidingwater
- Aansluiting hierop met Victoriawater en buis vanaf de grote koepel met water van de St Charles hall.
- Leidingen vanaf de toren met water voor alle gebouwen. Ik begreep van Sr Florida dat hier evt in kan bezuinigd worden: eerst de essentiële afdelingen (mn labour, laboratory, CTC) en daarna de wards.

Non pharmacy

Zoals al genoemd bij het stukje over de pharmacy is er dus plan een non op te leiden tot pharmacist. Er is daar deels al geld voor, maar er wordt nog gezocht voor resterend bedrag (mij niet duidelijk wat precies)

Wasmachine

In 2016 zijn (met geld van ASBN) 2 wasmachines gekocht en een nieuw gebouw gebouwd:



Vorig jaar waren beide wasmachines kapot. 1 kon nog gerepareerd worden, maar is na paar maanden kapot gegaan. Dus nu weer terug naar handwas (met ook kapotte ketels).



Ik begreep dat de oude grote gezinsmachines waren, maar geen industriële wasmachines. En die industriële zouden eigenlijk beter zijn, maar kosten veel: 36-48 miljoen TSH.

Arbeidskrachten zijn natuurlijk heel goedkoop, dus in die zin zal het nooit kosteneffectief zijn machinaal te wassen. Maar tegenwoordig is stroom makkelijker beschikbaar dan brandhout en machines zijn zuiniger met water. En ik denk ook wel hygiënischer.

Solar

Dit is nog geen officieel verzoek, maar was wel duidelijk dat het zonnepark verouderd is. De panelen zijn nog voor groot deel intact, maar 3 van de 6 inverters werken en 18 van de 20 batterijen. Lampen etc kan wel, maar grote apparatuur (bv autoclaaf) doet het alleen met elektriciteitsnet stroom. Met de extra vraag naar elektriciteit voor verschillende afdelingen worden de elektriciteitskosten natuurlijk steeds hoger. Daar zou een nieuw solar systeem wel bij kunnen helpen.



Eye clinic

Nu doet Grace Mlay dit nog, maar het idee is dit net als de dental unit te upgraden met nieuwe staff en apparatuur tot een afdeling waar ook inkomsten uit komen (mn brillen, want dat hoort er bij als je als Tanzaniaan er slim uit wilt zien).

Opleiding is 9 miljoen TSH (3 jaar) en begint deze zomer, maar er wordt nog gezocht naar een geschikte kandidaat (nurse of CO) die dit kan doen. En dan daarna dus ook renovatie van de afdeling met nieuwe apparatuur.



Niet werkende oogmeet apparatuur

Merius training



Al eerder bij Stichting Tabora aangevraagd (en al toegezegd): orthopedie training. Al eerder over gehad dat dit soort opleidingen lastig zijn voor AMOs, want die passen niet in het huidige Tanzaniaanse opleidingssysteem. Maar hij zou een paar maanden mee mogen kijken in Buganda. Inmiddels ook de permit gekregen die daar voor nodig is, maar door een aanval van jicht is het nu uitgesteld. Merius zelf hinkelt wel weer door het ziekenhuis.

Overige afdelingen ziekenhuis:

X-ray: werkt

Echo: werkt, ik probeer in mijn ziekenhuis afgeschreven oud echo apparaat op de kop te tikken.



Laboratory: mooie chemie apparaten, maar terecht wel selectie gemaakt met welke meting ze aanbieden. Ook een aantal pcr apparaten (voor resistentie tuberculose, viral load/neonatale HIV).



Ook leuk: een werkende bloedbank! Wettelijk is vastgelegd dat bloed in 1 van de 5 referentielaboratoria getest moet worden, gelukkig is Kitete daar 1 van. Dus hele logistiek; bloed moet eerst naar Kitete en duurt dus een tijd voor het wordt vrijgegeven. Gemiddeld wordt bijna de helft van het bloed afgekeurd ivm afwijkende serologie. Vandaar door dr John ingevoerd: als een patiënt bloed krijgt dient de familie hiervoor 2x zo veel eenheden terug te geven aan ziekenhuis. Er zijn 2 koelkasten: 1 met bloed dat wacht op uitslag test Kitete (en dus niet uitgegeven mag worden) en 1 met bloed dat veilig is bevonden.

