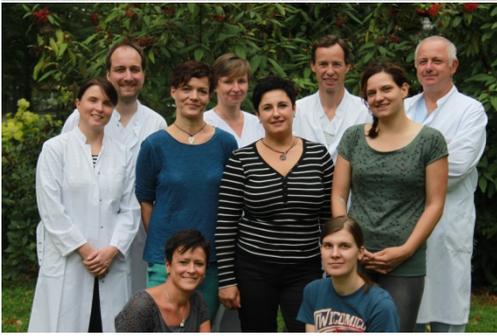


5. Neonatologieprojekt, Zonal Referral Hospital Ghinda

Gegebenheiten März 2015 zur Erstbesichtigung

Einzugsbereich:	Ghinda, ca. 25.000 Einwohner. Einzugsgebiet (120 km Umkreis)- ca. 400.000 Einwohner Vier Ethnien: Tigrinya, Tigray, Saho, Afar, d.h. z.T. nomadische Bevölkerung, muslimische und christliche Religionszugehörigkeit
Gebäudezustand:	Gut. 2006 gebaut, reichlich Platz, ungenutzte Räume im Umfeld der Kinder-Station.
Abteilungen:	Innere, Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie, Geburtshilfe,
Ärzte:	1 Gynäkologe (medical director), 1 Pädiater, 8 weitere Ärzte, davon 2 Chirurgen (auch in Geburtshilfe tätig), 4 Labortechniker, 3 Apothekenmitarbeiter, 1 Röntgen-Assistent
Schwestern:	42 Schwestern insgesamt (4 degree, 2 registered, 36 associate) ➔ davon 4 „associate nurses“, 1 degree und 1 registered nurse in der Pädiatrie
Geburtshilfe:	knapp 800 Geburten/Jahr, davon 120 Sectios 80% der schwangeren Frauen in Ghinda und naher Umgebung erhalten „antenatal care“, ca. 50% der Geburten erfolgen in der Klinik
Pädiatrie:	30 Betten
Neonatologie:	rudimentär eingerichtetes Neo-Zimmer vorhanden, funktionstüchtig: 2 Wärmebetten, 3 Inkubatoren, Fototherapielampe O2-Versorgung mit Flaschen, 1 Konzentrator auf Kinderstation 1 Mütterzimmer direkt gegenüber dem zukünftigen Neo-Raum 2014 wurden in dem Neo-Zimmer 66 Neugeborene behandelt. 12 von ihnen sind verstorben. Über die Frühgeborenen, die gleich im Kreißsaal unversorgt beiseitegelegt werden, gibt es keine Statistik.
Technik:	Strom und Wasser vorhanden, Stromausfälle regelmäßig, Wasser selten knapp 1 funktionstüchtiges Sonogerät (nicht im Screening-Room der Geburtshilfe) mit Abdominal- und Vaginalschallkopf. Labor einfach ausgestattet, rel. sauber Blutbank vorhanden



Ein Teil des Leipziger Teams

1. Einsatz in Ghinda, 17.10.- 30.10.15

Team: Dr. Nadine Wolf, Projektmanager Sr. Anja Wendisch, Sr. Sarah Winkler, Sr. Maria Steinke und Elektriker Renard Schorcht

Tag 1

Als unsere erste Reise nach Ghinda am 17.10.15 um 9 Uhr am Flughafen Leipzig/ Halle begann, lagen viele Monate harter Arbeit hinter uns.

Nach dem Entschluss im März dieses neue Neo-Projekt in Ghinda/ Eritrea zu übernehmen und nach dem offiziellen Go von ARCHEMED, galt es, ein Team auf der Neonatologie in Leipzig zu finden, sich in alle Strukturen und Abläufe bei ARCHEMED einzufinden und Kontakt nach Ghinda aufzubauen. Erste Pläne wurden geschmiedet und diese oft auch genauso schnell wieder verworfen. Unzählige Telefonate und Emails mit bereits aktiven Teams und Vorstandsmitgliedern halfen, Struktur zu finden und realisierbare Pläne zu gestalten, nach denen wir nun das Material planten und besorgten.

Einige der über 100 Spendenanfragen endeten positiv, Strickgruppen strickten im Akkord, wir nähten Bettlaken, Kollegen und Freunde sammelten Material und Geld, erste Publicity-Aktionen folgten, viele Kisten wurden gepackt und an der Universität Leipzig, unserem Arbeitgeber, entwickelten sich mit großer Mühe Kontakte, die uns Lagerplatz verschafften und v.a. die Übernahme verschrotteter Medizintechnik zunehmend erleichterten.



Jeder erste Schritt ein kleiner Kampf, aber es ging voran. Immer wieder bekamen wir Schützenhilfe von dem gesamten Team von ARCHEMED. Herzlichen Dank dafür!!



Und so war es nicht verwunderlich, dass das erste „Ghinda-Team“ nun voller Vorfreude, höchst motiviert, aber auch mit einer gehörigen Portion Respekt im Bauch am Flughafen stand und einfach nur noch los wollte. Das uns unsere Pässe mit gültigem Visum erst 2 Tage vorher erreichten, spielte nun auch keine Rolle mehr. Noch schnell Gewicht auf andere Koffer verteilt und schon ging es mit 5x Maximalgepäck zum Check-in.

Nach 16 Stunden Reise geht der Check-out in Asmara verhältnismäßig schnell und die Abholung durch Adem klappt trotz 2,5 Stunden Verspätung perfekt.

3:45 Uhr Check-in im Embasoira Hotel, bekannte Gesichter an der Rezeption, gut akzeptable Zimmer, kurze meldung nach Hause. Wenige Stunden Schlaf müssen reichen.

Tag 2

Hans - Georg trifft auf uns beim Frühstück und wir besprechen die nächsten Schritte. Große Enttäuschung: die Containersichtung ist sonntags nicht möglich, der Zöllner steht nicht zur Verfügung. Angekommen im afrikanischen Tempo werden die Pläne eben geändert.



Bei dem Besuch der Neo in Asmara begrüßen uns die Schwestern wie immer sehr freundlich und wir dürfen uns umsehen. Eine sehr junge und stolze Mama zeigt uns ihr 1kg schweres Frühchen, freut sich sichtlich.

Aber auch 2 traurige Fälle: 1 Kind mit Gastrochisis und 1 Frühchen mit Ösophagusatresie, beide schon stark beeinträchtigt. Bei unserem nächsten Besuch werden beide nicht mehr da sein.



Sonntags ist auf dem Markt am Busbahnhof nicht viel los, aber wir decken uns mit Früchten ein und gehen abends mit einem Kardiologen und seiner Tochter traditionell Injera essen und besprechen unsere ersten Eindrücke des Tages. Der Kulturschock fällt im europäisch wirkenden Asmara für das restliche Team nur leicht aus, viele neue Eindrücke müssen sich setzen und alle sind gespannt auf Ghinda.

Aber Kinder auf der Neo zu sehen, die bei uns ohne große Probleme überleben würden, erschreckt uns trotz intensiver Auseinandersetzung mit diesem Thema immens. Wir reden noch lange darüber.

Tag 3

Der über Hans-Georg vereinbarte Trefftermin mit dem Zöllner gegen 9:00 Uhr verschiebt sich gehörig, wir warten in der Hitze bis 12:30 Uhr. Unsere Ärztin (Neonatologin und Kardiologin) assistiert in der Zwischenzeit dem Kardiologen beim Screening im IOOCA. Positiver Nebeneffekt: ich sehe Selam wieder und sie bewirbt uns im Cafe Remscheidt mit Tee und Mittagessen. Elsa, die Stationsschwester, freut sich auch, uns zu sehen, und verabredet sich mit mir nach unserer Rückkehr von Ghinda zum gemeinsamen Shiro-Kochen. Herzlichkeit auf allen Ebenen.



Der Zöllner kommt dann doch (sogar mit den Ghinda-Permits im Gepäck) und mit ihm öffnen wir 4 Container, um festzustellen, dass in jedem ein bisschen was ist und das meiste ganz hinten. Da wir das erste auspackende Team sind, bedeutet das Schwerarbeit. Nach großer Aktion mit Adem und Gabelstapler geben wir auf und packen letztendlich nur das Maler- und Elektromaterial, Desinfektionsmittel und die Spinte in und auf den uns bereits bekannten Bus und ringen einem am Rande der Verzweigung stehenden Hans-Georg das Versprechen ab, ein Auge mit drauf zu haben und uns das Material in den nächsten 2 Tagen hinterher zu senden. Nach Zwischenstopp am Hotel zum Einpacken der Koffer und zum Geldumtausch 15 Uhr endlich Start Richtung Ghinda.



Entsprechend unserer Dachladung fährt Adem langsam, so dass wir die unverwechselbare Natur Eritreas genießen können. Wir verlassen das Hochplateau und sind gegen 17 Uhr auf 600m Meeresspiegel- bei 10 Grad mehr und 70 % Feuchte. Jacken werden ab da nicht mehr gebraucht.



Bei unserer Ankunft ein herzliches Willkommen durch den stellvertretenden Klinikleiter Dr. Abraham und den Pädiater Dr. Tsegai. Um eine Kaffeezeremonie mit Terhas kommen wir nicht herum, und so sitzen wir etwas unwohl herum (als Gast soll man nicht helfen), während Almaz, die Stationschwester des OP-Traktes, Betten, Matratzen und Moskitonetze herbeischleppt und unser Material wie von Geisterhand aus dem Bus geladen wird.

Auch Watte lernen wir noch kennen, den Leitenden Techniker des Hospitals.

Nach einer Begehung des OP-Traktes (OR) ist folgendes festzuhalten: Unsere Betten sind sehr sauber und wir haben Klimaanlage. Hocktoilette + Dusche im hinteren Teil, Dusche läuft schlecht ab, aber das wird noch repariert. Nur wenige Spinnen, Ameisen, Eidechsen und Geckos, keine Schaben. Fazit: sauberer und kühler schläft hier wohl kaum einer.



Tag 4

Der Tag startet nach einem Frühstück 9 Uhr mit einer Besichtigung des gesamten Hospitalgeländes. Almaz, Dr. Abraham und Dr. Tsegai sind sehr freundlich und offen, erklären uns alles und versuchen alles, dass es uns gut geht. Dr. Abraham organisiert einen LKW für das Material in Asmara. Unser Elektriker Renard verschafft sich einen kleinen Einblick in Elektroversorgung und Generator. Wir erfahren viele, viele Fakten zu der Versorgung der Patienten in allen Bereichen und wie das Hospital strukturiert ist. Diese werden wir teilweise gebündelt extra erfassen (siehe Anhang).

Im zukünftigen Neo-Zimmer auf der Pädiatrie liegt ein Frühchen, ca. 29. SSW, ohne Atemhilfe, mit Magensonde. Es liegt unbekleidet in einem nassen Tuch im Inkubator. Da die kranke Großmutter die Magensonde immer wieder zieht, nimmt es in unseren letzten Tagen des Aufenthaltes stetig ab, da es die (richtig errechnete) Mindestmenge an Milch nicht schafft zu trinken.

Leider bleiben uns noch die Hände gebunden, eine zu starke Einmischung beim ersten Einsatz dürfte nicht gut ankommen. So bleibt uns nur, das Kind warm und trocken zu kleiden.



Nach unserer Rückkehr in Deutschland müssen wir erfahren, dass die Mutter in einem psychotischen Anfall trotz aller Interventionen das Krankenhaus mit dem Kind verlassen hat.



Ausgestattet mit FMS, strikten Anweisungen und festem Nachsorgetermin dürfte der Ausgang trotzdem fast klar sein. Die letzte Meldung Anfang Dezember besagt, es geht ihr gut.

Mittags fahren wir mit dem Ambulanz-Car ins Zentrum und entdecken ein gutes Restaurant mit Bäckerei. Auch das ortseigene Hotel schauen wir uns an, und wissen nun, warum selbst die Einheimischen uns dieses nicht empfehlen. Wir entschieden gemeinsam unsere Unterbringung im OR vorzuziehen.

Gegen 17 Uhr kommt endlich unserer Material mit dem Transporter an. Wir tauchen ein in hektisch-lautes-chaotisch-afrikanisches Abladen und sind froh, als alles einigermaßen intakt im Lager steht. Für die Patienten und ihre Angehörigen sind wir ab nun DIE Sensation. Das Lagerregal wird noch zusammengebaut und erste Materiallisten abgehakt, dann ist Feierabend für heute.

Mitgebrachtes Essen in unserem „OR-Hotel“ reicht uns völlig. Wir lassen den Abend mit desinfizierenden 4cl Zibib und Bericht schreiben ausklingen.

Tag 5

Unser Tag beginnt zeitig mit dem vereinbarten Vorstellungstreffen. Dr. Tsegai, Suleman (der Stationsleiter der Pädiatrie), die Oberschwester Askalu, sowie Samrawit, Yodit und Kedisha erwarten uns. Nur Johana und Helen, zwei weitere Schwestern, fehlen. Wir stellen uns und das neue Projekt nochmals vor, sprechen aber vor allem auch an, dass wir uns nur als Unterstützung sehen, und dass wir uns enge, freundschaftliche Verbindungen wünschen, die ein solches Vorhaben braucht. Wir wollen vorerst ihre Arbeit nur beobachten, begleiten, nebenbei den Raum inklusive Elektroversorgung renovieren und den Kreissaal in die Pädiatrie integrieren, indem wir eine adäquaten erstversorgungsplatz einrichten und Teachings planen.

Fragen nach ihren Vorstellungen, ihren Wünschen werden konkret beantwortet, das überrascht und freut uns: es kommen Fragen nach Bedienung von Injectomaten, Inkubatoren und Wärmebetten, aber auch nach Workshops Richtung Basisversorgung von Früh- und Neugeborenen.

Danach teilen wir uns in Gruppen auf, was sich auch den Rest des Einsatzes sehr bewähren wird. 3 Schwestern sortieren den Lagerraum, Renard und ich planen den Neo-Raum, danach schafft es unser Elektriker bis abends die alte Elektroanlage zu entfernen, die Hälfte des Kabelkanals zu montieren, und das Licht umzuklemmen und zu installieren. Immer mehr oder weniger helfend an seiner Seite Youssief, der hospitaleigene Elektriker und einer der Techniker. Das defekte Waschbecken wird ersetzt, aber schnell wird klar, dass die Wasserzuleitung auch defekt ist.

Renard und Youssief



Da noch einiges an Material aus dem Container fehlt und Renard weitere Kabelkanäle braucht, fahre ich mit Maria nochmals nach Asmara- eine abenteuerliche Fahrt, was nicht nur am uralten Ambulanzwagen liegt, sondern auch ein bisschen an dem ca. 70jährigen Fahrer, der einen deutlichen Tremor in beiden Händen hat.



Nach den Besorgungen vor Ort- der liebe Yared unterstützt uns tatkräftigt - (von den verschollenen Dingen finden wir aber kaum etwas in dem noch vollen Container), sind wir abends zurück. Der Rest des Teams hat tolle Arbeit im Lager geleistet, und neben den Elektroarbeiten kurzerhand noch das Pädiatrieschild repariert, Wände verputzt und Fensterscheiben von Sprühfarbe befreit.

Tag 6

Unser Tag beginnt wasserlos, also eben mal ohne Dusche und kaltem Instantkaffee. Ich gehe mit Suleman über die Station und lasse mir alles noch einmal genau zeigen und mir erläutern, wo aus seiner Sicht die größten Baustellen sind. Neben fehlenden Wäschestangen, defekten Ventilatoren und Sonnen-/Regenschutz für die Angehörigen im Innenhof sind aus meiner Sicht v.a. die desolaten Toiletten für die Patienten und das undichte Dach das größte Manko.



Dann laufen wir bei der täglichen Visite mit und erleben „unseren“ Pädiater mit einem wirklich fundiertem Wissen, der seine Arbeit sehr liebt. Mit viel Humor und jugendlichem Charme lässt er sich von den durchweg verängstigten Kindern nicht aus der Ruhe bringen, erläutert uns seinen selbst entworfenen Anamnesebogen und beantwortet uns geduldig all` unsere Fragen.



Die vorhandenen Räume sind nach Krankheitsbildern getrennt: „isolation“, „critical“ (nicht belegt), „pneumonia“, „malnutrition“ und „diarrhea“.



Danach zeigt uns Kedisha noch die Milchküche, wo Milch für die mangelernährten Kinder angerührt wird. Es gibt verschiedene Konzentrationen zum Aufpäppeln, gekocht wird dann aber in der recht weit entfernten Hospitalküche.

Wegen eines Stromausfalles über mehrere Stunden kommt unser Elektriker Renard nicht voran. Er vertreibt sich die Zeit mit Stecker-Reparaturen im OR und im Kreissaal und erkundet die Bestandsanlage.

Problematisch könnte in Zukunft sein, dass er aufgrund fehlenden Materials die Anlage nicht auf 32 Ampere erweitern kann- so laufen derzeit alle Räume über eine Zuleitung.

Das könnte beim zunehmenden Einsatz von Geräten im Neo-Zimmer immer wieder zu Sicherungsproblemen bis hin zum Brand führen. Diese Baustelle wird fest in den Märzplan aufgenommen.

Zwischenzeitlich kommt es zu großer Aufruhr, da Maria von Almaz mit zu einem Notkaiserschnitt gerufen wurde. Die afrikanische Nomadin blutete seit 2 Tagen und kam von Massawa. Die versuchte Reanimation des Kindes mit dem Anästhesisten Dr. Patrick war erfolglos - es war sichtlich schon länger tot. Maria ist danach sehr berührt und braucht ihre Zeit. Wir ziehen das Kind an (für hier sehr ungewöhnlich) und übergeben es den um die Mutter völlig besorgten Angehörigen. Noch Tage danach liegt die Frau völlig kraftlos im „post-operativ-room“, Transfusionen gibt es nur im äußersten Notfall.



Ein 2 Stunden danach im Team erlebter normaler Kaiserschnitt mit fidelem Kind streichelt ein bisschen unsere Seele.

Die Erstversorgung findet auf einem abgedeckten Beistelltisch statt, mit manueller Absaugolive und Tupfern zum Abtrocknen. Eine Baustelle mehr.

Schön zu erleben, wie das Kind danach direkt bei der Großmutter im Arm liegt.

Immerhin gibt es 10-15 Kaiserschnitte pro Monat.. so sind wir ab jetzt immer einsatzbereit (s.u.). Almaz darf uns jederzeit bei Bedarf rufen, der OP ist direkt neben unserem Schlafräum.



Ich laufe danach mit Maria im Kreissaal mit, Geburten werden wir in unseren 12 Tagen hier nie erleben. Hannibal, die Stationsleitung, und Pedros zeigen uns alle Räume und ihre Missstände - es gibt viel zu tun!

Laut Selbstauskunft erstversorgen sie Frühchen und kranke Neugeborene ziemlich gut (Stimulation, Kinderarzt anrufen), Dr. Tsegai berichtet anderes. Aber fehlerhafte Kommunikation und mäßige Zusammenarbeit sind uns ja nicht ganz unbekannt von den Berichten der anderen Teams.

Die mitgebrachten Gynäkologiestühle werden gern genommen und wir planen die Einrichtung des Erstversorgungsplatzes mit Wärmebett, Ambubeutel und evtl. einer Absaugung.

Der Neo-Raum ist mittlerweile komplett verkabelt, so schließen wir uns den afrikanischen Mitarbeitern an und machen eine kurze Mittagspause - laufen dafür durch die Gluthitze ins Zentrum.

Unseren Nachmittag verbringen wir mit gründlichem Putzen der vorhandenen Inkubatoren und Wärmebetten und prüfen deren Funktion - Krankenpflegeschülerinnen helfen uns. Das vorhandene Absauggerät rüste ich neu auf und putze es - siehe da, es funktioniert doch! Das neu mitgebrachte Absauggerät wird auch zusammengebaut und wir bereiten das Malern mit Putzen und Abkleben vor- unter ständiger Beobachtung der Geschwisterkinder der kranken Patienten und vieler Erwachsener.



Tag 7

Die Malerarbeiten gehen los und Renard montiert die Steckdosenleisten. Bei Stromausfall funktioniert bei eingeschaltetem Generator nur die mittlere-wir werden es entsprechend markieren. Maria und ich richten den Erstversorgungsplatz im Kreissaal ein.

Hannibal erläutert uns auf Nachfrage viele Abläufe in Kreissaal und Vorsorge der Schwangeren. Siehe auch Anhang. Immer mehr Baustellen tun sich auf, wir schreiben alles mit und wollen schauen, was machbar und organisierbar ist. Danach führe ich ein langes Gespräch mit Dr. Tsegai: wir gehen Materiallisten durch: Was hätten wir? Was bräuchte er? Was ist hier erhältlich, in welchen Mengen? Da wir einen guten Draht zueinander finden, sprechen wir schließlich recht offen darüber, dass das Projekt Neo ein Projekt des Ghinda-Hospitals ist und der Erfolg von ihm, den Schwestern und v.a. seinem Verbleib hier abhängt, und dass wir uns nur als Helfer sehen und auf freundschaftlicher Basis ganz eng mit ihnen zusammen arbeiten wollen - auf viele Jahre gesehen. Sein Feedback ist durchweg positiv-ich verlasse frohen Mutes sein Büro.

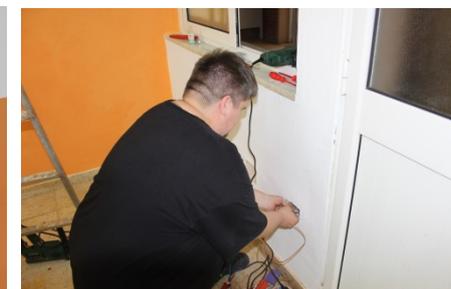
Mittlerweile ist der Schreiner Reinhard Berns vor Ort und plant mit Renard und mir Schränke und Regale für den Neo-Raum und Moskitonetze für beide Räume. Außerdem vermisst er für uns den zweiten Raum, der als out-patient-room geplant ist, die Renovierungsbaustelle für März.



Auch wenn wir ziemlich geschafft sind, nehmen wir die Einladung von Suleman zu ihm nach Hause zur Kaffeezeremonie natürlich an und erleben ihn in seinem Zuhause mal ganz anders. Ein angenehmer Abend mit tollem Einblick in das private Leben eines jungen muslimischen Ehepaares.

Tag 8

Die ganze Nacht ohne Strom verbracht und so auch mal erlebt wie man ohne Klimaanlage in Ghinda schläft. So starten wir beim Anlaufen des Stromes überstürzt und stellen das Zimmer fertig: Dekorationen, Haken anbringen, Desinfektionsmittelpender - der dritte mitgebrachte finden seinen Platz am Diarrhoe-Zimmer - unsere Magnettafel (Vorstellung des Projektes und unseres Teams) wird angebracht und Geschenke für die Belegschaft vorbereitet.



Kurzzeitige Unzufriedenheit beim zweiten Chirurgen. Er und auch andere gingen davon aus, dass wir bereits jetzt eine Sauerstoffleitung verlegen. In langem Gespräch über Budgets und der Notwendigkeit, erst einmal die Basis nach Ghinda zu bringen und zu schauen, ob das Projekt anläuft, lenkt er ein. Immer wieder mussten wir die letzten Tage bewusst machen, dass unser Budget stark begrenzt ist, und dass das meiste Material mühevoll als Spende zusammengesammelt wurde.

Renard versorgt auch den Kreissaal mit europäischen Steckdosen. Eine Reparatur der OP-Lampe gelingt nicht, Batterien sind nicht vorhanden.

Wir werden von Suleman zu zwei Fällen dazu geholt und helfen bei Flexülenanlagen und Antibiotika-Verabreichung. Dabei sanft angefangen, unsere Ideen einzubringen: Desinfektion der Durchsteckflaschen, Hautdesinfektionsmittel verwenden-kein Ethanol, die Flexülen nach den Blutentnahmen mit Kochsalz spülen-fast alle waren unbrauchbar, weil sie nur zugestöpselt werden. Immer wieder erleben wir herzlichen Kontakt zu den Angehörigen und Patienten.



Der Umgang mit unserer „head-nurse“ erfordert Fingerspitzengefühl- er ist schon lange auf Station, hinzukommen Verständigungsprobleme und Glaubenseinstellungen.



Bei Endinstallation der Elektrik bricht unser Elektriker morgens fast zusammen: die Zuleitungen sind nicht wie mit Youssief besprochen über der Tür, sondern unten links in der Ecke. Ein Umbau der Verkabelung ist unumgänglich, einige Meter Kabelkanal umsonst, er ist 18:30 fertig-im wahrsten Sinne. Nun funktionieren aber zwei Steckdosenleisten, wenn Stromausfall ist-gesetzt dem seltenen Fall, der Generator wird gestartet. Alle anderen bereiten alle Geräte vor, die morgen in den Raum sollen, reparieren die mitgebrachte Waage und putzen den Medikamentenwagen.

Tag 9

Sonntag ist kein Ruhetag und wir putzen und räumen ein: Inkubator, Wärmebett, Infusionsmaschinen, Pulsoxymeter, die Bililampe, der Mediwagen als Erstversorgungsplatz und der Tisch mit Waage und FMS-Station finden ihren Platz. 3 Plätze sind entstanden, der dritte bleibt noch leer, da unser Frühchen im Inkubator im Mütterzimmer steht. Alle Geräte werden nochmals getestet, wir machen Fotos vom MASIMO, um später eine Kurzanleitung wie für den Injectomaten basteln zu können.



Samrawit hilft...

Die Ventilatoren, um die sich Sarah und Renard mittlerweile kümmern, sind nicht reparabel, so findet zumindest der eine aus unserem Lagerraum sein neues Zuhause im Behandlungsraum der Pädiatrie.

Unseren vorletzten Abend verbringen wir nach einer kleinen Stadtführung durch Suleman wieder im Dunkeln, aber wir gewöhnen uns an die regelmäßigen Stromausfälle. Der Generator wird nur bei Not-OP's aktiviert. Ein riesiges Problem, v.a. wenn man an die O²Konzentratoren denkt.

Tag 10

Auch heute bleibt das Anästhesiegerät irreparabel. Heute ein Tag vieler wichtiger, langer Gespräche: Nadine und Sarah führen nochmals Gespräche mit Dr. Tsegai und dem Apotheker Merhawi.

Tsegais eindringlichen Wunsch, ein großes Hebammen-Teaching im März, wollen wir unbedingt erfüllen und werden ihm dann im Vorab den Termin schicken. So kann er auch alle Hebammen aus der Umgebung einladen.

Ich habe sehr viel Material von Frau Regina Bahr zur Verfügung gestellt bekommen, unsere Hebamme und das gesamte März-Team freuen sich schon auf das erste richtige Teaching.

Auch mit dem Apotheker Merhawi haben wir über vorhandene Medikamente und Materialien und deren Beschaffung gesprochen. Die übergeordnete Leitstelle entscheidet nach Bestellung, welche Einrichtung was bekommt und in welchen Mengen. Die kleineren Hospitäler werden da sehr knapp bedacht oder gar nicht. Die „Eritrean list of medicine“ haben wir nun auch, leider nur in der Version von 2010.

Ich begehe mit Renard nochmals den zweiten Raum und wir planen konkret die Elektrik und die sinnvollste Einrichtung: Kabelkanal ringsum, gesamte linke Seite flache Schränke mit Arbeitsplatte und darin möglich wäre ein Loch als Schmutzwäscheabwurf, insgesamt zu beachten, dass man nicht um eine neu gelegte und separat geführte Stromzuleitung herum kommt-dabei könnte man auch Raum 1 mit einer neuen separaten Zuleitung versehen da momentan nur zwei Phasen vorhanden. Auf der rechten Seite sind fahrbare Säuglingsbetten angedacht mit kleinen Ablageregalen oberhalb des Kabelkanals für evtl. benötigte Infusiomaten. Die Fenster wurden vermessen für Milchglasfolie und links neben Fenster kommt ein Erstversorgungsplatz in Form eines Medikamentenwagens mit Wärmelampe darüber.

Ich führte ein intensives Gespräch mit dem ärztlichen Direktor Dr. Dawit: Absprache wurden getroffen, z.B. dass die Wasserzuleitung zum NICU-Raum repariert wird, um das Waschbecken nutzen zu können. Mit der übriggebliebenen Farbe möchten wir gern unseren zweiten Raum geweißt haben, den Rest bekommt er zur freien Verfügung, will v.a. im post-operative-room und im recovery-room des OR damit arbeiten. Wir dürfen laut seiner Aussage alle Wünsche zur Unterstützung aussprechen, mir schlägt große Dankbarkeit entgegen, auch nachdem ich noch einmal die nicht so schnell geplante Sauerstoffleitung angesprochen habe.

Die mitgebrachten Werkzeuge möchte Renard gern in vertrauensvolle Hände geben. Wir sollen laut Dr. Dawit eine Liste anfertigen und können, wie schon gedacht, dem Cheftechniker Watte, vertrauen.

Unsere Magnettafel findet regen Zuspruch, die Kinder stehen staunend davor.

Wir bereiten unser morgiges Kurz-Teaching im Lager, im NICU-Raum und im Kreissaal vor.

Unser Elektriker setzt weitere Lichtschalter und Steckdosen instand. Eine OP-Lampe wird repariert.



17 Uhr in die Stadt zu gehen entpuppt sich als nicht so günstig ;): die Schule ist gerade aus und die Läden schließen, da alle zur Moschee gehen. Wir sind umringt von hunderten Schulkindern und finden nur begrenzt Einkaufsmöglichkeiten.



Tag 11

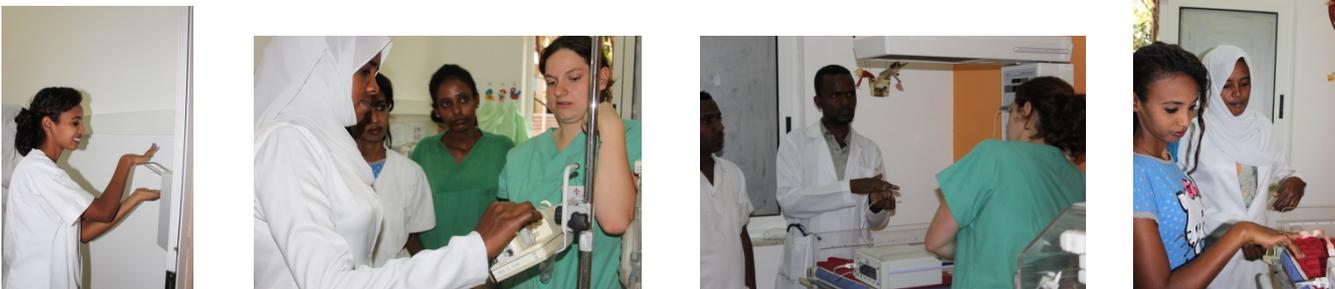
Wir treffen uns früh morgens mit dem gesamten Team der Pädiatrie und legen direkt los.

Sarah, unser bester Englisch-Sprecher, übernimmt die Führung, Dr. Tsegai bitten wir simultan in Tigrinya zu übersetzen, um sicher zu gehen.



Im Lagerraum zeigen wir, was alles da ist und wo, und betonen mehrfach, dass es bitte zu nutzen ist, dass wir v.a. auch an Kleidung und Decken genug haben - diese auch den Eltern mitgegeben werden dürfen.

Im NICU-Raum teachen wir, natürlich aufgrund der Zeitenge nur oberflächlich, im Bereich Hygiene. Üben die Händedesinfektion, betonen dabei die Empfindlichkeit gegenüber Infektionen in der Neonatalphase. Zeigen die Geräte: Erläutern nochmal im Detail Masimo, Injectomat, Wärmebett und Inkubator und lassen alles selbst ausprobieren.



Auf dem Erstversorgungsplatz wickeln wir unser einziges Frühchen (Warum muss es trocken liegen-Wärmehaushalt), wiegen es (Erläuterung der Waage) und sprechen wieder einmal an, wie wichtig es ist, mindestens alle 2 Tage zu wiegen, die Eltern die Trinkmengen aufschreiben zu lassen und wenn diese nicht geschafft werden, mit Magensonde zu arbeiten. Dabei kommt auch unser mitgebrachtes FMS zur Sprache: eine einfache, auf den Tisch geklebte, Dosierungsanweisung hilft vielleicht, die Mütter zu involvieren - aufgrund der minimalen Besetzung und um Demotivation zu vermeiden, dürfen wir den Schwestern am Anfang wohl nicht zu viel zusätzliche Arbeit aufbürden.



Alle sind sehr interessiert und voll dabei. Bei der darauffolgenden Verabschiedungsrunde mit kleiner Rede, Stollen und Schokolade für alle, übergeben wir auch den Schlüssel für den NICU-Raum an Suleman und es entstehen viele Fotos, und die Stimmung ist ausgelassen und freundschaftlich.

Wir alle sind geschaff von der Arbeit, den Eindrücken und unendlich froh, ein solches Team getroffen zu haben! Ich denke, man sieht uns Deutschen und den Eritreaern die Erleichterung über diesen vor allem auch zwischenmenschlich gelungenen Start an.

Wir freuen uns sehr auf die nächsten Jahre!!!





Das anschließende Kurzteaching im Kreissaal befasst sich mit der neuen Erstversorgungseinheit und v.a. dem zeitlichen Management bzw. der möglichst schnellen Kontaktaufnahme zur Pädiatrie, wenn es Probleme gibt. 5 von 5 Hebammen sind gekommen!



Folgende Ziele bis März haben wir nun mit Tsegai festgelegt

- Umsetzung von Basis-Hand-Hygiene, v.a. im NICU-Raum.
- Konstante Dokumentation des Gewichts und der Trinkmengen.

Ziele für den Kreissaal

- Sofortige Information des Pädiaters bei bekannter Frühgeburtlichkeit noch vor der Geburt oder Problemen unter der Geburt.
- Sofortiges Rufen des Pädiaters bei Frühgeburt.
- Maximal 10 min verstreichen lassen bei NG mit Problemen: Stimulation und Wärme sind entscheidend. Dann muss das Kind bei bestehenden Problemen auf die Pädiatrie.

Wir übergeben ganz offiziell die Farbe und die Werkzeuge an Watte und erledigen weitere Elektrikaufgaben im Kreissaal, und noch schnell ein paar Wäscheleinen für die Wäschereifrauen gespannt, die freuen sich total! Nach einer nachmittäglichen Kaffeezeremonie durch Askalu mit ein paar Schwestern und dem Apotheker verteilen wir (ganz bewusst am letzten Abend) Kleidung und kleine Spielsachen an die Patienten und ihre Familien. Dann treffen wir uns abends zum gemeinsamen Essen mit allen wichtigen Menschen des Hospitals in der Stadt. Kurze Verwirrung, weil wir gern alle zum Abendessen einladen möchten und deshalb auch Almaz und Watte dazu gerufen haben, aber dann löst sich alles in Wohlgefallen auf. Kompromiss: im März möchte das Hospital uns mit unserem Team gern zum Essen einladen. Wir freuen uns über kurze Dankesreden von Dr. Tsegai und Dr. Dawit, und dann sind wir bei gutem Essen und einigen Melotti-Bier doch sehr überrascht, wie ausgelassen unsere eritreischen Mitkollegen sein können.

Tag 12

Das große Packen beginnt und wir verstauen alles, was das nächste Team gebrauchen könnte, in den Spinden. Der empfohlene Marktbesuch ist eine mächtig heiße Angelegenheit, aber inklusive Viehmarkt durchaus mal sehenswert. Da uns das OP-Team, v.a. Almaz, die ganze Zeit regelrecht bemuttert hat und uns unseren Aufenthalt sehr angenehm gestaltet hat, schon allein durch den klimatisierten Schlafrum, gehe ich nun noch einmal mit Almaz und Dr. Dawit herum und schreibe mir dringend benötigte Dinge auf. Ich hoffe sehr, dass wir in Medizintechnik-Lagern oder bei Firmen ein bisschen was auftreiben können, was ihnen hilft. Dringend erforderlich ist ein Erstversorgungsplatz im OP, da dieser auch für alle Sectios genutzt wird - der OP im Kreissaal ist geschlossen.



Bei der Verabschiedung übergeben wir nun auch den Schlüssel für den Lagerraum an Dr. Tsegai in vertrauensvolle Hände und schon geht es mittags zurück nach Asmara, wieder im Ambulanzwagen - wir sind ja nicht wählerisch. Auch etwas Wehmut begleitet uns, weil wir neue Freunde zurücklassen. Wie schnell man diese Menschen und ihr Land doch ins Herz schließt.



Bis zum Frühling!

Zurück im Hotel verschwinden alle Gesichter meiner Teammitglieder hinter ihren Smartphones - Gespräche erstmal nicht erwünscht, die Zivilisation hat uns wieder!

Mit den schlechtesten Pommes aller Zeiten im Bauch und einem kleinen, abendlichen Rundgang durch Asmara inklusive Eisverkostung beschließen wir den vorletzten Abend in Eritrea.

Tag 13

Am letzten Tag zum Frühstück nun endlich die angepriesenen pancakes, das Team ist versöhnt. Etwas Sightseeing musste noch sein, so läuft die Hälfte von uns zum Italienischen Friedhof, vor den Kindergräbern stehend trifft manchen die Tatsache, dass so viele im ersten Lebensjahr starben - ein nicht unbekannter Fakt.

Mittags treffen wir im Cafe Remscheidt auf den Rest unseres Teams und Elsa zeigt mir tatsächlich das Shiro-Kochen. Ob ich das auch so lecker hinbekomme, mag ich bezweifeln.

Dann noch Gemüse- und Obstmarkt und der Medeber Market (Metallmarkt)- der nachhaltig beeindruckt.



Nach kurzem Ausruhen ging es dann auch schon wie gewohnt tief in der Nacht zum Flughafen und nach 15 Stunden hatte uns Deutschland wieder.



Fazit

Alles, was letztendlich geplant war, haben wir geschafft. Von den Widrigkeiten Eritreas wussten wir, so warfen uns starke Bremsen nur selten aus der Bahn, und war der eine mal demotiviert, reichte die Motivation des restlichen Teams dicke aus.

Natürlich zeigt sich erst vor Ort auf, wo man alles beginnen muss und wie viele Baustellen es tatsächlich auf einer eritreischen Pädiatrie gibt, aber mit dem ersten Raum haben wir ein schönes Zeichen setzen können und sahen am Abschiedstag unendliche Dankbarkeit und hohe Motivation bei unseren eritreischen Kollegen. Wir hoffen sehr, letztere bleibt erhalten, sodass wir im März nach der Vervollständigung des ersten Raumes v.a. auch mit Teachings beginnen können. Dr. Tsegai hat sehr gutes medizinisches Wissen und ist hochmotiviert, unsere Hauptaufgabe wird es nun sein, sein pflegerisches Team trotz starker Unterbesetzung an sein Niveau heran zu holen, um ihn zu unterstützen, und auch den Kreissaal ins Boot zu holen.

Die technischen Gegebenheiten sind überholungswürdig (Dach, Stromanlage...), die Zeit wird zeigen, wie schnell man an größere Projekte herantreten kann.

Wir verlassen für diesen Oktober tatsächlich schon ein Stück weit neue Freunde und freuen uns trotz hohen Arbeitsaufwandes auf die Herausforderungen der nächsten Jahre!



TEAM GHINDA

Anlagen

Gegebenheiten und Hintergrundinformationen Hospital Ghinda

Tipps für die nächsten Ghinda- Reisetteams

