

ARCHEMED - PROJEKTTEAM – MENDEFERA



Reisebericht vom Märzeinsatz 2015 in Mendefera, Eritrea

Reiseteilnehmer:

Oliver Rohde (Kinderarzt)
Katrin Janßen
(Kinderkrankenschwester, Neo)
Karin Siering
(Kinderkrankenschwester, Neo)
Anette Sydow (Hebamme)
Hans-Georg Knoop (Technik)



Reisezeitraum:

09.03. -18.03.2015

Anreise:

Im März flog zum 8. Mal ein Oldenburger Team zum Einsatz nach Mendefera in Eritrea. Die Hinreise über Kairo verlief im Vergleich zur Rückreise problemlos und stressfrei. Erfreulicherweise wurde das Einreiseverfahren stark beschleunigt. Dadurch mussten wir jedoch sehr lange auf den Fahrer zum Embassoira Hotel warten. Nach einer kurzen Nacht und einem guten eritreischen Frühstück machten wir einen Gang zum Orotta Hospital. Wir hatten dort Zeit, die Neonatologische Station und die Geburtshilfe zu sehen, uns mit Mitarbeitern von ARCHEMED und dem Hammer Forum auszutauschen und Hans-Georg zu treffen, der vor unserer Ankunft schon das Auspacken und Umladen der Container organisiert hatte.

Unser Fahrer ermöglichte uns freundlicherweise einen kurzen Besuch bei „unserem“ Dr. Samson, der sich zu diesem Zeitpunkt im Honeymoon befand und sich aus dem Grund für 8 Wochen in Asmara aufhielt. Wir wurden mit vielen Hochzeitsbildern und leckerem Essen herzlich empfangen und verwöhnt.

Frisch gestärkt durch Injera machten wir uns nun auf den Weg. Gegen 16:00 Uhr konnten wir dann endlich unsere Freunde im Mendefera Hospital in die Arme schließen und die herzliche Wiedersehensfreude genießen.

Nach dem zügigen Entladen und Verstauen unserer Materialien ging es schon weiter ins Mereb Hotel. Auch hier wurden wir von unserem langjährigen Freund Hadish („Mr. Exactly“) herzlich begrüßt.

Am nächsten Morgen um 8:00 Uhr starteten wir mit unserer eigentlichen Arbeit in der Klinik - im folgenden in drei Berichten aus unterschiedlicher Sicht dargestellt.

Erstmals dabei!

Oliver Rohde (Kinderarzt, Neonatologe)

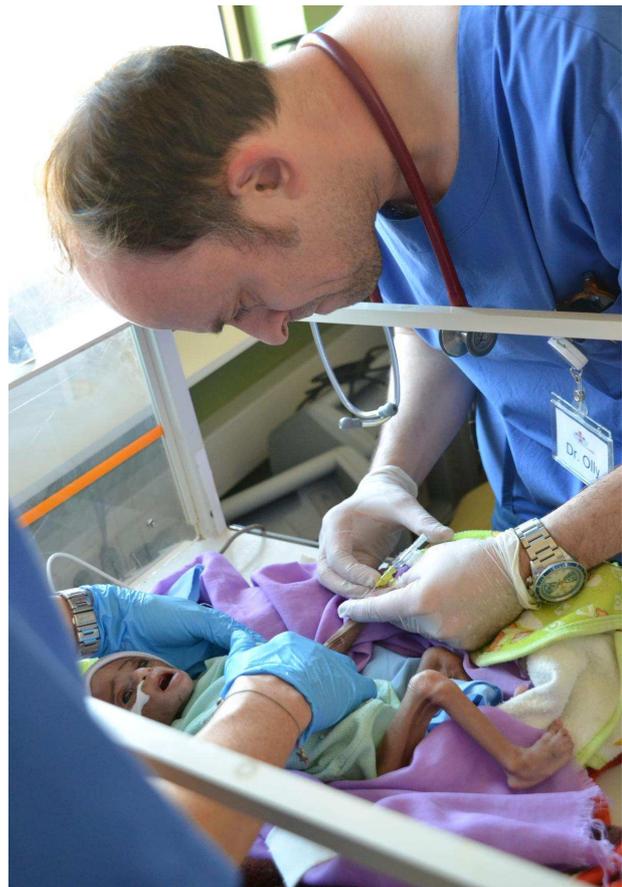
Der Einsatz in Eritrea war für mich der erste dieser Art, und ich war bei der Anreise sehr gespannt, was mich erwarten würde.

Da Dr. Samson, der zuständige Pädiater, gerade in den Flitterwochen war, wurde mir von dem vertretenden Assistenzarzt Dr. Samuel die Station gezeigt und die tägliche Routine erklärt.

Er absolvierte jeden morgen eine Visite der neonatologischen und pädiatrischen ICU und machte danach die Visite der pädiatrischen Station. Bei Ankunft waren sechs Kinder auf der NICU und drei Kinder auf der PICU aufgenommen. Im Laufe der 8 Tage unserer Anwesenheit füllte sich die Station jedoch zunehmend.

Ich ließ mir von Dr. Samuel die gängigen Standardprozeduren auf der Station erklären und machte mich mit der Dokumentation vertraut. Dabei fiel sofort auf, dass die Vitalparameter, Nahrung, Stuhlgang, Urin und Gewicht nur sehr sporadisch von den Schwestern dokumentiert wurden.

Es war kaum möglich, bei einem sehr dystrophen Kind die Trinkmenge nachzuvollziehen, und das Kind war immer wieder unterkühlt. Es stellte sich heraus, dass die meisten Schwestern auf Anweisung der Krankenhausleitung durch die Abteilungen rotierten, so dass die von den vorhergehenden Teams geschulten Schwestern nicht mehr auf der NICU tätig waren. Einzig die Stationsleitung und zwei erfahrenere Schwestern waren geblieben. Außerdem hatte sich die Situation beim Pflegepersonal dahingehend verschlechtert, dass nur noch eine Schwester pro Schicht für alle drei Stationen zuständig war!!



Bei einer Mitarbeiterin kam erschwerend dazu, dass sie immer ihr Kleinkind dabei hatte. Es war sehr anhänglich und beanspruchte ihre Aufmerksamkeit deutlich.

Die Stromversorgung schien mir mit der vorhandenen Solaranlage einigermaßen gesichert. Nur einmal fiel der Strom morgens um 6:00 Uhr aus, da die Akkus leer waren. Allerdings gab es quasi kein Wasser. Es wurde aus großen Tonnen, die bei vorhandenem Wasser gefüllt worden waren, geschöpft. Ich habe während des Aufenthaltes nur einmal einen laufenden Wasserhahn in der Klinik gesehen. Die Schwestern berichteten, dass ca. zweimal pro Woche für kurze Zeit Wasser fließen würde.

Am deutlichsten kam dieser Mangel im Kreißsaal zur Geltung, wo Dr. Samuel und ich täglich die Neugeborenen untersuchten. Die Spülbecken waren ausnahmslos mit getrockneten Sekreten verklebt, und es wurde mit gebrauchtem Wasser geputzt.

Meine ärztliche Tätigkeit beschränkte sich auf das Legen von venösen Zugängen und die Beratung von Dr. Samuel, der mir ausreichend erfahren schien, die Station

zu leiten. Er hatte auch die Möglichkeit, bei schwierigen Fragen Dr. Samson telefonisch zu konsultieren.

Neben der Patientenversorgung konzentrierte ich mich deshalb vor allem auf die Weiterbildung der Schwestern. Da es wie schon erwähnt nur sehr wenige Schwestern gab, unterrichtete ich zweimal Neugeborenenreanimation und allgemeines Temperaturmanagement. Es war uns aufgefallen, dass die Viggos sehr oft mit viel zu viel Pflaster und zirkulär fixiert waren. Wir zeigten daher den Schwestern eine Methode mit Schaumstoffmanschetten und weniger Pflaster, die sie auch sofort umsetzten.

Das Kreißsaalpersonal wurde ebenfalls zweimal von mir in Neugeborenenreanimation unterrichtet.



Wenn es „medizinisch“ nicht viel zu tun gab, unterstützte ich Hans-Georg, der für die technischen Installationen zuständig war, ein wenig beim Verlegen von Kabelkanälen im Kreißsaal. Hierdurch konnten wir den Solarstrom auch im Notfallzimmer des Kreißsaales verfügbar machen. Das war für mich das unmittelbarste Erfolgserlebnis dieser Reise, da es vermutlich die Maßnahme war, die am längsten Nutzen für den Kreißsaal bringen würde.

Die zahlreichen leeren Desinfektionsmittelpender, die wir ebenso installierten, schienen dagegen eher auf die großen Probleme und Mängel aufmerksam machen zu wollen. Auch der Versuch von Hans-Georg, Solarstrom in das Zimmer von Dr. Samson zu verlegen, scheiterte schlicht an einer nicht vorhandenen Leiter, die benötigt worden wäre, um auf das Dach des Krankenhauses zu steigen.

In den wenigen freien Stunden hatte ich die Gelegenheit mit den einheimischen Kollegen zu reden, Kaffee „zeremonisch“ zu trinken und zu den Bewohnern von Mendefera kurzen aber regen Kontakt aufzunehmen. Der kleine Einblick in ihre Lebenswelt hat mich sehr bereichert. Besonders die aus Müll selbst hergestellten Spielzeuge, mit denen die Kinder der Stadt spielten, haben mich schwer beeindruckt.

Neue Herausforderungen in PICU und NICU

Katrin Janßen & Karin Siering

Schon mehrfach in Mendefera gewesen, waren wir gespannt, was uns diesmal erwartete.

Auf der auf den ersten Blick gut gepflegten NICU befanden sich zu Beginn unseres Einsatzes sechs Frühgeborene, die sich in unterschiedlichstem Gesundheitszustand befanden.

Auch auf der PICU erwarteten uns drei schwerkranke Patienten:

- Kleinkind mit Pneumonie, O2 Bedarf, CPAP-pflichtig
- Säugling mit Down-Syndrom, Vitium, mit O2 versorgt
- Säugling mit Orbitalphlegmone

Mit dem Vorsatz, die Schwestern weiterhin in Thermoregulation, Ernährung, Hygiene, Medikamenten- und Infusionslösungszubereitung zu schulen, standen wir diesmal vor einem neuen großen Problem. Die Anzahl der Schwestern hat sich nahezu halbiert und im Team befanden sich nur noch drei Schwestern, die bisher von uns bereits geschult wurden – unter anderem Folge der angeordneten Rotation der Schwestern innerhalb der Klinik. So stand für die NICU, PICU und die pädiatrische Station nur eine Schwester pro Schicht zur Verfügung. Im schlimmsten Fall bedeutet dies, dass eine Schwester für 31 Patienten zuständig ist.

An normale Schulungen war nicht zu denken. In diesem Einsatz konnten wir deshalb nur mit „bedside teaching“ weiterkommen und die Schwestern so parallel unterstützen.



Zeitmangel und schlecht geschultes Personal konnten wir täglich an massiv paravenös gelaufenen Infusionen, unterkühlten, kaum gepflegten Kindern und mangelndem Monitoring erkennen.

Pflegepersonal und GP's waren allerdings durchaus interessiert, Neues zu erlernen und umzusetzen. Besonders Schwester Elsa, neu im Team, fiel immer wieder durch ihren unermüdlichen Einsatz auf.

Während unserer Zeit in Mendefera war die NICU mehr als einmal mit Früh- und Neugeborenen überfüllt.

Wir hatten:

- 4 mal Zwillinge zwischen 30 und 34 SSW
- 1 reifes Waisenkind
- 1 extrem dystrophes, fast reifes Zwillingmädchen (GG: 1000 g)
- 1 zwei Tage altes Neugeborenes mit massiver Staphylodermie
- 1 Frühgeborenes der 28. SSW, GG 900 g mit O2 Bedarf
- 2 Frühgeborene der 32. SSW
- 1 reifes Neugeborenes mit Sepsis

Die Mütter der Kinder wurden von den eritreischen Schwestern und uns soweit angeleitet, dass sie ihre Kinder im 3 Stunden Rhythmus anlegten und wickelten.

Bei unserem Abschied waren glücklicherweise alle Kinder in einem stabilen Allgemeinzustand. Nach diversen „coffee-zeremonien“ machten wir uns auf die Rückreise.

Zweiter Einsatz als Hebamme

Anette Sydow

Im Kreißsaal hatte sich im Vergleich zu meinem letzten Einsatz nicht viel verändert. Nach wie vor haben Chefarzt Dr. Habte und Dr. David mit Headnurse Kidane die Leitung.

Neu für mich war, dass im Kreißsaal drei Bachelor Studentinnen und Studenten ein vierwöchiges Praktikum absolvierten. Die Ausbildung zur Hebamme / Pflegepersonal dauert in Eritrea drei Jahre. Erst nach mehrjähriger Tätigkeit in der Geburtshilfe ist ein weiterführendes Studium möglich. Nach Beendigung des Studiums können die Absolventen übergeordnete Funktionen übernehmen.



Meine Erfahrung ist, dass die eritreischen Kolleginnen und Kollegen sehr selbstständig arbeiten. Nur selten rufen sie einen Arzt dazu.

Meine Arbeit im Kreißsaal begann mit den Wochenbettbesuchen inklusive Hilfestellung beim Stillen, Ausstreichen des Kolostrums für Kinder, die nach der Geburt verlegt werden mussten. Bei Besonderheiten zog ich die Kinderärzte zur Hilfe hinzu.

Ich hatte die Möglichkeit, Geburten zu begleiten und die Frauen vor und nach der Geburt zu unterstützen. Dabei erlebte ich den „Kreißsaalalltag“ und konnte die Schwierigkeiten, mit denen sich die Hebammen vor Ort auseinandersetzen müssen, wahrnehmen.

Die Dienste, besonders die Nachtdienste, sind durch die vielen Geburten sehr anstrengend.

Die mangelnde Strom- und Wasserversorgung und das Fehlen oder der schlechte Zustand des medizinischen Equipments erschweren das Arbeiten immens und können zu einer unzureichenden Versorgung von Mutter und Kind führen! Der gynäkologische Stuhl, auf dem die meisten Frauen gebären, ist nicht mehr sicher und die Beinhalter sind verrostet und abgebrochen. Das Vakuum-Gerät ist nicht

funktionsfähig und kann in bestimmten Notsituationen nicht eingesetzt werden - für mich unvorstellbar! In meinem letzten Einsatz gab es noch ein Sonycaid, um die Herztöne der Kinder zu hören. Dieses ist nun defekt.

Der Mangel an sauberem Wasser führt zu unzureichender Hygiene. Die Instrumente müssen in dem dreckigen infektiösen Wasser gesäubert werden, werden dann in einem Chlor-Wasser desinfiziert, nochmals gespült, zum Trocknen gelegt, eingepackt und „sterilisiert“.

Der Kreißsaal ist nicht sauber, sondern verschmutzt mit Fliegenkot, Dreck, Blut und anderen Sekreten. So starteten wir am zweiten Tag eine gemeinsame Putzaktion mit Scheuermilch und Schwämmen, um den angetrockneten Schmutz zu beseitigen. Vielleicht ist es der Mangel an frischem Wasser, der dazu führt, dass die Hebammen keine große Motivation zum Reinigen der Räume zeigen.

Großes Interesse zeigten die Hebammen an den Schulungen unseres Kinderarztes zum Thema Erstversorgung und Reanimation eines Neugeborenen. Meiner Meinung nach besteht weiter Bedarf an Schulungen rund um die Geburt und das Wochenbett. Zum Beispiel ist eine kontinuierliche Betreuung mit regelmäßiger fetaler und mütterlicher Überwachung in Eritrea nicht selbstverständlich und wird nur sporadisch durchgeführt.

Besonders beeindruckt hat mich die Stärke und die Kraft der Frauen und Kinder, gerade, weil das Leben für die Menschen in Eritrea nicht leicht ist. Umso mehr hoffe ich, dass wir durch unseren Einsatz etwas geben können, um das Leben in Eritrea zu unterstützen.

Für mich war es eine sehr wertvolle Zeit mit vielen neuen Erfahrungen, ich wäre gerne länger geblieben und würde jederzeit gerne zurückkehren.

Fazit:



Gerade dieser Einsatz zeigt, dass es leider nicht immer vorwärts geht. Die Qualifikation auf den Stationen wird durch die Fluktuation eher schlechter. Leider vergrößert sich auch der Personalmangel. Fehlende Perspektiven sind nicht motivationsfördernd. Trotzdem werden unsere Schulungen immer gerne angenommen – sie helfen, wo auch immer man arbeitet. Schulungsbedarf besteht und wird nicht kleiner.

Bezüglich der technischen Ausstattung haben wir in NICU und PICU ein gutes Niveau erreicht. Hier geht es zunächst nur noch um kleine Verbesserungen und natürlich die Erhaltung.

In der Geburtshilfe stehen wir dagegen noch ganz am Anfang. Die hygienischen Zustände und der Zustand von Räumen und Ausstattung sind schlichtweg unzureichend. Wir sind hier dabei, Schritt für Schritt, Räumlichkeiten und Ausstattung zu ersetzen, zu

verbessern oder zu reparieren.

Voraussetzung ist aber die Ertüchtigung der seit Mitte 2012 fast nicht vorhandenen Wasserversorgung des gesamten Krankenhauses. Mit zweimal pro Woche zwei Stunden Wasser, gepumpt mittels Notstromaggregat, kann man eigentlich kein Krankenhaus betreiben. Die Hoffnung aus dem Novembereinsatz, dass die Wasserpumpe des 2 km entfernten Brunnens endlich wieder durch eine neue Leitung an das Stromnetz angebunden wird, erfüllte sich nicht. Kabel ist vorhanden, ausgelegt und zu großen Teilen an den neu gestellten Strommasten aufgehängt, aber seit

November tut sich nichts - die wenigen ausstehenden Arbeiten bleiben aus, Verantwortliche bekommt man nicht an den Tisch.

Die Stromversorgung ist trotz verschiedener Stromausfälle in unseren Bereichen noch ausreichend. Stromausfälle können durch die akkugepufferte Solaranlage weitgehend vermieden werden. Die Anbindung der wichtigen Räume in NICU, PICU und Geburtshilfe ist nahezu abgeschlossen. Automatische Umschaltungen Solar-/Netzstrom sind installiert.



So schauen wir gerne auf das zurück, was wir in Mendefera erreicht haben, sehen viele Möglichkeiten, Weiteres zu verbessern und freuen uns darauf. Im November geht es mit dem nächsten Team weiter.

Oliver Rohde Katrin Janßen Karin Siering Anette Sydow