

## Barentu Projektbericht November 2016

### Allgemeines

Die Planung unseres nun 10. Einsatzes in Barentu war im Vorfeld kompliziert durch Personalmangel auf deutscher Seite und der Meldung von Cholerafällen, zwischenzeitlich gesperrten Zufahrtswegen nach Barentu und somit Planungsunsicherheiten. Hinzu kam, dass aufgrund der eingeschränkten Präsenz des geburtshilflichen Teams auf eritreischer Seite in den letzten 2 Einsätzen unser geburtshilfliches Team eine klare Interessensbekundung von eritreischer Seite als Voraussetzung für weitere Einsätze forderte.

Wir entschieden uns deshalb für einen Kurzeinsatz mit einem Rumpfteam. Unser Einsatz in Barentu galt vor allem der Projektevaluation, Verteilung von notwendigen Medikamenten und Materialien sowie der Bestandsaufnahme und Reparatur wichtiger medizinischer Geräte. Unser Team bestand aus Anke Will (Kinderkrankenschwester), Heike Henckel (Kinderkrankenschwester) und Philipp Ginzler (Techniker), die das erste Mal vor Ort waren, sowie Carolin Meinus (Kinderärztin), die bereits zum 4. Mal in Barentu war.



Auch dieses Mal waren dank der guten Organisation vor Ort unser Transport wie auch der Transport der Materialien des Containers bereits gebahnt, sodass nur noch die Desinfektionsmittel aus dem Pharmecor-Lager geholt werden mussten und die kurze Einsatzzeit direkt im Projekt genutzt werden konnte.

Nach einer relativ langen Regenzeit und ertragreichen Ernte wirkte Barentu deutlich belebter als im vorherigen Einsatz. Das Hotel war in den Abendstunden gut besucht, die Auswahl an Essen und Getränken groß. Aufgrund des kurzen Einsatzzeitraumes verbrachten wir die Zeit vor allem im Krankenhaus, sodass z.B. ein Besuch der Altstadt oder ein Spaziergang auf der Hatned Avenue

ausblieben. Kehrseite waren deutlich mehr Mücken und ein somit erhöhtes Malariarisiko für die Bevölkerung und unser Team.

### **Klinik und Organisation**

Bereits kurz nach unserer Ankunft wurden wir herzlich vom Klinikdirektor Dr. Yacob begrüßt.

Des Weiteren trafen wir auf bekannte Leitungsstrukturen. Dr. Dawood war weiterhin der für die Neonatologie und Pädiatrie verantwortliche Kinderarzt. Die Head Nurses Yonas (Neonatologie) und Mahalet (Pädiatrie) waren zu unserer Freude ebenfalls zugegen. Auch in der Geburtshilfe trafen wir auf bekannte Gesichter, Tesfay als leitender Entbindungspfleger und Dr. Okbu (GP mit Training in der Durchführung von Kaiserschnitten) als für die Gynäkologie und Geburtshilfe zuständiger Arzt.

Das Dach der Blutbank war während der Regenzeit zerstört worden, sodass zurzeit die Lagerung von Blutprodukten und die Durchführung von Blutspenden erneut in den Räumlichkeiten des Labors stattfanden. Weitere Änderungen waren während unseres Krankenhausrundganges nicht zu verzeichnen.

Die in den vorherigen Einsätzen durchgeführten baulichen Instandhaltungsmaßnahmen waren größtenteils erhalten geblieben. Auch während dieses Einsatzes wurden wieder Lampen repariert, vor allem aber war ein deutlicher Verschleiß an medizinisch-technischen Geräten zu verzeichnen.

So gab es z.B. bei unserer Ankunft keine funktionstüchtige Reanimationseinheit, weder in der Neonatologie, noch im Kreissaal noch im Operationsraum. So wurden die zwei mitgebrachten Reanimationseinheiten freudig entgegen genommen. Hierfür sind wohl die klimatischen Bedingungen, vor allem aber die mangelnde Pflege durch die Eritreer verantwortlich zu machen. Erneut wurde deutlich, dass die Schulung von Technikern vor Ort langfristig noch mehr fokussiert werden muss, aber auch, dass in der Wahl der Geräte auf störanfällige medizinische Geräte verzichtet werden sollte. So würden wir z.B. zukünftig von dem Aufbau von Reanimationseinheiten auf das Anbringen einfacher Erstversorgungsplätze mit Wärmelampe umsteigen.

Der technische Fokus lag aufgrund der kurzen Einsatzdauer auf der Reparatur wichtiger Geräte wie OP-Lampen, Sauerstoffkonzentratoren, Pulsoximetern und Perfusoren. Mithilfe unseres umfangreichen, vorhandenen Equipments konnten die meisten Geräte auch wieder funktionsfähig auf die Stationen verteilt werden. Lediglich die Reparatur der Sauerstoffkonzentratoren gestaltete sich aufgrund fehlenden Knowhows als schwierig. Die Funktion der Absaugsaugeneinrichtung und Höhenverstellung der Dräger-Reanimationseinheit konnte mangels Luftdruckanschluss im Krankenhaus nicht geprüft werden. Der mitgebrachte Gyn-Stuhl konnte aufgrund eines Defektes der Hydraulik nicht höhenverstellt werden.

Die vorherigen Instandhaltungsmaßnahmen (Deckenplatten, Fliegengitter etc.) schienen weitestgehend intakt. Die Umschaltung von Netz- auf Solarstrom funktionierte nach Aussagen des Personals ohne Probleme. Lediglich in unserem Lager war kein Solarstrom verfügbar, wodurch eine Reparatur der Geräte erschwert wurde. Nach Aussagen von Dr. Dawood sollten die Solaranlagen nur durch das örtliche Personal gereinigt werden. Eine Begehung wurde dennoch durchgeführt. Hier fanden sich die Solaranlagen mit einer moderaten Staubschicht. Von einer Reinigung kann also ausgegangen werden. Ob diese in unserer Abwesenheit regelmäßig erfolgt bzw. in welchen Abständen diese erfolgt, konnte nicht klar eruiert werden.

Die vorgesehene Schulung des örtlichen Technikers konnte nicht erreicht werden, da dieser während unseres Aufenthalts nur für insgesamt ca. drei Stunden anwesend war.



## **Geburtshilfe**

Obwohl von unserer Seite dem eritreischen Team bereits im Vorfeld angekündigt wurde, dass wir ohne geburtshilfliches Team reisen würden, wurden während unseres Einsatzzeitraumes Patienten zur operativen Versorgung einbestellt. Dr. Okbu betonte immer wieder, dass er auf Fortbildungen zu den Themen Präeklampsie, präpartale Blutungen und Ultraschallfortbildungen sowie die Möglichkeit des fachlichen Austausches gehofft hatte. Es wurde die Übereinkunft getroffen, dass die Präsenz des geburtshilflichen Teams dafür unabdinglich ist. Insgesamt machte die Geburtshilfe unter der Führung von Dr. Okbu und Tesfay einen organisierteren und auch bei z.B. der Reanimationsschulung deutlich motivierten Eindruck als in den Einsätzen zuvor.

Die Zusammenarbeit zwischen Neonatologie und Geburtshilfe konnte während der kurzen Einsatzdauer nicht eingeschätzt werden. Allerdings wurden wir proaktiv trotz des Fehlens eines geburtshilflichen Teams zur Erstversorgung eines Frühgeborenen, das per Kaiserschnitt geboren wurde, noch bevor die Mutter in den OP gefahren wurde, hinzugezogen. (Erstversorgung siehe unten).

Ob diese Prozedere auch in unserer Abwesenheit durchgeführt wird, ist fraglich und bleibt im nächsten Einsatz zu evaluieren.

Kurz vor Abreise erhielten wir zudem von Dr. Leul, dem medizinischen Direktor des Zoba Gash Barka, die Information, dass ein Geburtshelfer aus Uganda rekrutiert wurde und seinen Einsatz in den nächsten Wochen beginnen würde.

## **Neonatologie**

Die Neonatologie untersteht weiterhin zu unserer großen Freude der Leitung der Head Nurse Yonas, der uns wie immer sehr freundlich und aufgeschlossen in Empfang nahm.

Auffällig war die geringe Patientenzahl. Im Raum der "inborn neonates" lag kein Patient, im Raum der "outborn neonates" lagen 2 Patienten (jeweils Verlegungen aus Tesseney, hierbei ein VLBW-Neugeborenes mit einem Geburtsgewicht von 800 g, das zum Zeitpunkt unseres Einsatzes bereits ein Körpergewicht von 1300 g erreicht hatte, und ein weiteres VLBW-Neugeborenes). Yonas berichtete, dass die geringe Patientenzahl nicht repräsentativ sei. Zuvor seien 15-20 Patienten pro Monat aufgenommen worden. Was die Ursache hierfür war, konnten wir nicht abschließend eruieren. Ein Zusammenhang mit dem Fehlen eines Arztes mit Kaiserschnitterfahrung (Dr. Okbu hatte vor 2 Wochen geheiratet) könnte aber vermutet werden.

Während unseres Aufenthaltes wurde ein Neugeborenes (nach FARR 32-33 Schwangerschaftswochen Geburtsgewicht 1300g) per Sectio geboren. Zur Erstversorgung wurden wir zwar rechtzeitig hinzugezogen. Jedoch gestaltete sich die Vorbereitung schwierig (keine funktionierende Absaugung im OP, Wärmeeinheit nicht funktionsfähig). Nach motiviertem Zusammenarbeiten wurden schlussendlich alle notwendigen Materialien zusammengetragen und die Erstversorgung verlief gut, sodass das Kind zügig in stabilem Allgemeinzustand auf die neonatologische Station gebracht werden konnte. Weitere Patienten wurden während unseres Einsatzes (allerdings nur 3,5 Tage) nicht auf die Station aufgenommen.

Die in diesem Einsatz mitgebrachten Stühle zum Kangarooing stießen auf sehr positives Feedback der Mütter und von Yonas. Insbesondere in der Behandlung des einen VLBW Neugeborenen mit Apnoen und immer wieder hypothermen Körpertemperaturen hatten Yonas und wir ein großes Erfolgserlebnis.

Dieses Mal war der hygienische Zustand der Station verbesserungswürdig. Seit mehreren Einsätzen gab es einen Mangel an Desinfektionsmitteln, der sich hier u.a. zeigte. Jedoch waren auch die Inkubatoren und Betten sehr verstaubt.

Auch die Neonatologie war vom Verschleiß wichtiger medizinischer Geräte (insbesondere Erstversorgungseinheiten, Pulsoximeter, Sauerstoffkonzentratoren) betroffen.

Um den Bedarf an Verbrauchsmaterialien und Medikamenten besser eruieren zu können, und um langfristig die Erstellung einer Patientenstatistik und Teachings auch an Yonas zu übertragen, wurde ihm in diesem Aufenthalt ein Computer ausgehändigt, den er dankend und hoch motiviert entgegen nahm.





## **Pädiatrie**

In der Pädiatrie gab es im November eine sehr hohe Bettenauslastung mit teilweiser Doppelbelegung (2 Kinder plus Mütter in einem Bett). Die personelle Situation wirkte angesichts der Schwere der Erkrankungen geradezu entmutigend. Mehr Pflegekräfte sind schon vor längerer Zeit zugesagt worden, sie werden dringend benötigt. Die weiterhin bestehenden Personalengpässe bei Überbelegung resultierten wie auch schon in vorherigen Einsätzen in Lücken in der Durchführung und Dokumentation von Vitalparametern. Auch für die richtigen Schlussfolgerungen bei pathologischen Vitalparametern braucht es mitunter noch Unterstützung. Zudem führte die Doppelbelegung zu Problemen im Einhalten von Hygienemaßnahmen. Zwar wurde die Kohortierung wie zuvor (ein Raum für Mangelernährte, die akut krank sind mit Durchfall, ein Raum für Mangelernährte, die akut krank sind ohne Durchfall, ein Raum für stabile Mangelernährte, ein Raum für sonstige Erkrankungen) durchgeführt, aber sowohl die Aufklärung der Mütter (kein Austausch von Wasserflaschen mit dem Bettnachbarn, Säuberung der Essenutensilien, Spritzen zur Gabe von therapeutic milk und Resomal ect.) als auch das Sauberhalten der Räumlichkeiten litten deutlich unter der Überbelegung. Insbesondere im Raum der Mangelernährten mit Gastroenteritis waren wieder viel mehr Fliegen als zuvor. Auch fanden sich Vögel in den Patientenzimmern. Stabile Fliegengittertüren als Lösungsansatz sollten im Team diskutiert werden. Um die kraftlosen Kinder vor den vielen Fliegen zu schützen, wären Moskitonetze von der Decke kommend sicher den flach über den Betten gespannten vorzuziehen, da sie den Müttern eine sitzende Position auf den Betten ermöglichen würden und die Kinder damit auch tagsüber geschützt sein können. Auch dies sollte in der nächsten Teamrunde diskutiert werden.

Auch Dr. Dawood ist durch die hohe Patientenzahl in der Pädiatrie, der zusätzlichen Betreuung der Kinder in der Neonatologie sowie seiner Privatsprechstunde am Nachmittag stets unter Zeitdruck. Der Wunsch eines General Practitioner zur Unterstützung wurde mehrfach geäußert und wohl auch auf offizieller Seite beantragt.

Zudem lagen in dem für "andere Krankheiten" vorgesehenen Raum während unseres Aufenthaltes ein Kind mit Meningitis und Krampfanfällen neben einem Kind mit Malaria neben anderen Kindern. Auch wurden wir aufgeklärt, dass in diesem Raum z.B. die Patienten mit Masern untergebracht würden. Unser Anliegen einer Isolation des Kindes mit Meningitis konnte aus Platzmangel nicht durchgeführt werden. Die Einrichtung eines Isolationsraumes sollte im nächsten Einsatz evaluiert werden.

Weiterhin werden zwei Räume auf dem Gelände der Pädiatrie durch die Physiotherapie genutzt. Von eritreischer Seite ist eine Erweiterung der Pädiatrie um diese Räumlichkeiten und Unterbringung der Physiotherapie an anderer Stelle geplant. Wir können diese Anliegen nur unterstützen! Auch dies sollte im nächsten Einsatz evaluiert werden.

Der im letzten Aufenthalt etablierte zweite Überwachungsraum für kritisch kranke Kinder war auch während unseres Aufenthaltes voll belegt. Der gewünschte Medikamentenschrank konnte leider erst in den nächsten Container verladen werden, sodass der Zugang zu Medikamenten, gerade bei der Neuaufnahme von akut kranken Kindern im Dienst, weiterhin erschwert bzw. nicht möglich ist. Auch werden weitere Überwachungsmöglichkeiten wie z.B. Monitore und Sauerstoffkonzentratoren, im optimalsten mit einem Sauerstoffmehrfachregler benötigt.

Die von uns mitgebrachten Medikamente zur Inhalation, einschließlich neuer Systeme, wurden sehr dankbar entgegengenommen, der Vorrat war komplett aufgebraucht. Eine atemunterstützende Lagerung der Kinder ist schwer realisierbar, da die Kinder von ihren Müttern fast durchgehend

beruhigend und wärmend eng am Körper gehalten werden. Die Sauerstoffkonzentratoren werden zumeist von 2 Kindern gleichzeitig genutzt, eine individuelle Verabreichung ist dadurch leider nicht möglich.

Anstelle regulärer Magensonden wurden aufgrund eines wohl nationalen Engpasses an Magensonden bei den Kindern fast ausschließlich Absaugkatheter zum Sondieren benutzt.

In einem sehr schlechten Zustand befinden sich die Matratzen. Die Bitte der Head Nurse, einen Teil davon vielleicht austauschen zu können, wirkt da sehr bescheiden.

Insgesamt erscheint die Pädiatrie unter der Leitung von Mahalet und Dr. Dawood von Einsatz zu Einsatz strukturierter. Die hohen Patientenzahlen kollidieren jedoch mit dem weiterhin bestehenden Personalmangel auf pflegerischer und ärztlicher Seite wie auch mit der verfügbaren Bettenzahl. Eine Unterstützung des Ausbaus der Pädiatrie halten wir für sehr sinnvoll, um Mortalität und Morbidität (insbesondere das Auftreten von nosokomialen Infektionen) zu unterstützen. Allerdings muss zumindest zeitgleich, wenn nicht im Vorfeld, der Personalmangel adressiert und gelöst werden. Vordringlich ist das erneute Equipment mit notwendigen Materialien zum Monitoring und zur Sauerstoff- und Inhalationstherapie.





## Teachings

Aufgrund der Kürze unseres Einsatzes führten wir neben Bedside Teaching nur eine Session zu Newborn Life Support durch. Diese wurde hoch motiviert angenommen, selbst Dr. Yacob, der Klinikdirektor, war anwesend. Alle Beteiligten hatten viel Spaß, und man konnte einen deutlichen Wissenszuwachs verzeichnen.



## **Evaluation Kinderrettungsstelle**

Weiterhin werden fast alle Patienten über die Kinderrettungsstelle aufgenommen. Diese werden im Frühdienst (8-15:00 Uhr) von einem für die Rettungsstelle verantwortlichen General Practitioner (GP) zusammen mit einem Pfleger versorgt. Ab 15:00 übernimmt ein GP on duty die Versorgung aller Patienten im Krankenhaus. Die Rettungsstelle wird im Spät- und Nachtdienst zudem von jeweils einer Pflegekraft betreut.

Zurzeit gibt es einen Raum für pädiatrische Patienten, der jedoch aufgrund von Gerätemangel (nur ein Inhalationsgerät und ein Sauerstoffkonzentrator für die gesamte Rettungsstelle) nur intermittierend genutzt. Hier werden ebenfalls kritisch kranke Kinder behandelt und für z.T. 24 Stunden überwacht, bevor sie auf die pädiatrische Station verlegt werden. Laut Angaben von Dr. Yacob und Dr. Dawood kommt es immer wieder zum Versterben von kritisch kranken Kindern noch vor Verlegung in die Pädiatrie.

Durch die adäquate Ausstattung eines pädiatrischen Raumes, Festlegung von Behandlungsstandards und die bereits in vorherigen Aufenthalten geplanten Schulungen des Rettungstellenpersonals kann somit nicht nur eine Verbesserung der Patientenversorgung, sondern hoffentlich auch Reduktion der Kindersterblichkeit herbeigeführt werden.

Der Gedanke einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen stieß auf sehr positives Feedback vonseiten der eritreischen Projektpartner.

Eine Projektevaluation nach neuem Archemed-Standard wurde durchgeführt. Hierzu gibt es einen gesonderten Bericht.

### **Projektevaluation**

Im Rahmen des Kurzeinsatzes fand eine Projektevaluation statt. Aufgrund der Kürze des Einsatzes war eine Sichtung der Registerbücher leider nicht möglich, zumal wir uns projektintern auf eine jährliche Erfassung jeweils im Frühjahreseinsatz geeinigt hatten.

Ziel war es, die Projektentwicklung aufseiten des pädiatrischen Anteiles des Projektes seit dem ersten Sondierungseinsatz im Frühjahr 2012 einzuschätzen. Hierzu führten wir zunächst eine Bestandsaufnahme durch, die z.T. bereits in den o.g. Rubriken dieses Berichtes abgehandelt ist, aber hier noch einmal in Kürze dargestellt werden soll:

1. Medizinische Situation:
  - a. Funktionierende neonatologische Station mit ausreichender Bettenkapazität
  - b. Funktionierende pädiatrische Station mit unzureichender Bettenkapazität (aktuell 14 Betten plus 4 Überwachungsbetten)
2. Personelle Voraussetzungen:
  - a. Auf deutscher Seite: Seit Herbst 2016 wurde erneut Sonderurlaub für 1 von 2 Wochen des halbjährlichen Einsatzes genehmigt. Dies sollte zu einer Entlastung des Personalmangels auf deutscher Seite führen. Im Charité-Team haben wir zurzeit vor allem Schwierigkeiten, einen ausreichend großen Pool an "aktiven" Kinderärzten zu schaffen.
  - b. Deutlicher Personalmangel auf eritreischer Seite. Dies ist abgesehen von immer wiederkehrenden Rückmeldungen an Dr. Leul von unserer Seite nicht beeinflussbar.

Positiv ist die Konstanz bei unseren Projektansprechpartner (Head nurses, Kinderarzt, medizinischer Direktor Gash Barka) zu erwähnen.

3. Räumliche Voraussetzungen:
  - a. Die baulichen Grundvoraussetzungen in Barentu sind als gut einzuordnen. Die Nähe der Neonatologie zur Geburtshilfe und die zumindest theoretisch mögliche Erweiterung der Pädiatrie bilden gute Voraussetzungen.
4. Technische Voraussetzungen
  - a. Die Instandhaltung der medizinischen Geräte ist weiterhin eine große Herausforderung
  - b. Die klimatischen Bedingungen und die unzureichende Wartung der medizinischen Geräte vonseiten der eritreischen Kollegen gehören zu den Hauptfaktoren
  - c. Schulungsmaßnahmen gestalten sich schwierig
    - i. In unserem Technikerteam befinden sich zurzeit keine Medizintechniker
    - ii. Der von eritreischer Seite identifizierte Techniker ist während unserer Einsätze noch nicht ausreichend präsent
  - d. Da wir vor allem ausrangierte Geräte ins Projekt bringen haben wir leider viele unterschiedliche Modelle an z.B. Sauerstoffkonzentratoren/Pulsoximetern/etc.
5. Erforderliche Ressourcen:
  - a. Material:
    - i. Verbrauchsmaterialien, die in Eritrea nicht oder nur unzureichend erhältlich sind (hier ist prinzipiell eine übersichtliche Containerliste aufgestellt worden)
    - ii. Medikamente, die in Eritrea nicht oder nur unzureichend erhältlich sind (auch hier ist prinzipiell eine übersichtliche Containerliste aufgestellt worden)
    - iii. Der Verbrauch der o.g. Materialien erscheint zurzeit noch fluktuierend. Dies ist dem nicht gleichmäßigen Intervall zwischen unseren Einsätzen zuzuordnen, aber sicherlich auch der Lieferung von eritreischer Seite bzw. der Saisonalität bestimmter Krankheiten (Malaria, GE, Pneumonie vor allem in/nach der Regenzeit).
    - iv. Geräte: benötigt werden Beistellschränke, Kinderbetten, Matratzen (Erw.), abschließbare Schränke (3), Erstversorgungsplätze mit Wärmelampe
    - v. Medizinische Geräte: benötigt werden Monitore, Pulsoximeter, Sauerstoffkonzentratoren, Inhalationsgeräte. Absaugmaschinen, pädiatrische Blutdruckmessgeräte, Otoskope
  - b. Renovierung
    - i. Es wurden bereits diverse Renovierungsmaßnahmen durchgeführt. Insbesondere der pädiatrische Raum in der Kinderrettungsstelle wie auch weitere Räume in der Pädiatrie benötigen noch grundlegende Instandhaltungsmaßnahmen
  - c. Teachings
    - i. Kontinuierliche Trainings im Basic Life Support sowohl in der Neonatologie als auch in der Pädiatrie. Wünschenswert wäre, dass diese auch in unserer Abwesenheit durch die Head nurses/Ärzte fortgeführt werden.
    - ii. Kontinuierliche Schulungen zum Thema Hygiene und Wärmetherapie, in Form von Vorträgen, insbesondere aber im Bedside-Teaching

- iii. Vorträge zu im klinischen Alltag identifizierten Themen (bisher Krampfanfälle, das febrile Kinde, respiratorische Krankheiten, Fallbeispiele, Inhalationstherapie, Apnoen, Sauerstofftherapie, Hyperbilirubinämie ect.)
- iv. Ultraschallteachings Kinderarzt und Geburtshelfer
- v. Gemeinsame Konsultationen Kinderärzte und Geburtshelfer

Zur Zielsetzung, insbesondere im Rahmen der Förderung durch das Programm Klinikpartnerschaften durch das BMZ, wurde ein Workshop mit den Hauptprojektpartnern organisiert und ein entsprechendes Memorandum erstellt (siehe Anhang).

Das weitere Vorgehen wird im nächsten projektinternen Treffen festgelegt. Prinzipiell werden hier folgenden Punkte adressiert.

- 1) Einbindung der Kinderrettungsstelle im Sinne von Renovierungsmaßnahmen, Ausstattung und Teachings des Personals
- 2) Standardisierung unserer Schulungsmaßnahmen
- 3) Instandhaltung der medizinischen Geräte. Hier planen wir eine Schulung unserer Techniker durch die Medizintechnik der Charité.

Die Evaluation erfolgt bereits regelmäßig durch die statistische Auswertung von Morbidität und Mortalität in der Neonatologie und Pädiatrie. Zukünftig wäre eine Auswertung des U5 Registers (Patienten unter 5 Jahren) der Rettungsstelle wünschenswert. Die halbjährliche Berichterstattung beinhaltet jeweils die o.g. Punkte.

## Fazit und Ausblick

Seit 2012 können wir immer wieder kleine und große Fortschritte verzeichnen, vor allem aber basiert die Zusammenarbeit immer mehr auf einer wachsenden Freundschaft zwischen beiden Teams. Es gibt weiteren Schulungsbedarf sowie viele Verbesserungsmöglichkeiten, wie z.B. in der Optimierung der Hygienestandards, der Dokumentation sowohl in der Neonatologie als auch in der Pädiatrie, der Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Geburtshilfe und Neonatologie. Ein weiterer Schwerpunkt zur Verbesserung der Betreuung pädiatrischer Patienten sollte neben der Schulung des Personals der Pädiatrie und Neonatologie beim Personal des Emergency Rooms liegen. Auch würden wir gerne strukturell die Möglichkeiten der Versorgung der pädiatrischen Patienten bereits in der Rettungsstelle verbessern. Es wurde eine klare Absprache getroffen, dass der Erfolg der Einsätze abhängig ist von der Präsenz der eritreischen Kollegen. Somit planen wir, in Zukunft erneut mit einem kompletten perinatalen und pädiatrischen Team in der üblichen Einsatzdauer von 2 Wochen vor Ort zu sein. Wir möchten uns bei unseren eritreischen Kollegen für die motivierte Zusammenarbeit bedanken und freuen uns bereits auf unseren nächsten Einsatz im Gash Barka Referral Hospital in Barentu!

