Barentu - Projektbericht 03.11.2019 bis 17.11.2019

In diesem Einsatz bildeten das Team die Gynäkologinnen Dr. Irena Rohr und Dr. Emilie Herzog, der Kinderarzt Dr. Thilo Müller, die Kinderkrankenschwestern Blanca Kolb und Christine Budde und der Medizintechniker Roland Heinitz.

Unser Ziel war auch diesmal die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Müttern und Kindern im Gash Barka Referral Hospital. Schwerpunkte sollten die Evaluation und Weiterentwicklung der hygienischen Standards als auch die wiederholte Anleitung zur Dokumentation von Vitalparametern sein.

Allgemeines

Abbildung 1: Unser Team in Asmara

Nach einer langen Anreise wurden wir pünktlich von Nebil - einem Angestellten des „Health Ministries“ - vom Flughafen in Asmara abgeholt. Unsere Unterkunft in Asmara war erstmalig das einfache, aber gemütliche Hotel Lion. Nach einigen Stunden Schlaf wurden wir morgens abgeholt und zum Orotta Hospital gefahren. Vor Ort fanden wir schon fleißige Helfer*Innen, die unsere Hilfsgüter auf den LKW luden. Jared und Hans-Georg hatten im Vorfeld viel Arbeit geleistet und so ging der Transport diesmal sehr zügig und reibungslos. Nachdem wir die Permits - ebenfalls problemlos - in Empfang genommen hatten blieb noch Zeit den neuen Teammitgliedern Asmara zu zeigen und uns kennenzulernen.

Klinik und Organisation

An unserem ersten Arbeitstag in Barentu wurden wir von dem neuen Klinikdirektor Dr. Tamid in Empfang genommen. Bei einem Rundgang über das Klinikgelände gab er uns ausgiebig zu allen Fortschritten als auch den aktuellen Problemen Auskunft. Der Mangel an Fachärzt*Innen ist weiterhin vorhanden und während unserer Zusammenarbeit auch deutlich spürbar gewesen. Da der Pädiater Dr. Dawood - ein langjähriger und vertrauter Ansprechpartner - sich aktuell nicht im Land befindet, mussten wir unsere Arbeit auf der Neonatologie/ Pädiatrie mit den zweimonatlich rotierenden „general practitioners“ (GP) neu strukturieren. Während unserer Zeit befanden sich Dr. Adam und Dr.

Bruno im Einsatz in der Pädiatrie und Neonatologie - zwei sehr engagierte und motivierte junge Ärzte, jedoch ohne den Erfahrungsschatz von Dr. Dawood.

In der Neonatologie gab es ebenfalls einen Personalwechsel. Die ehemalige „Headnurse“ Jonas war nach einer dreijährigen Weiterbildung in Asmara auf seinen Posten zurückgekehrt. Ein enormer Gewinn, da er mit seinem herausragenden Wissen und Engagement eine große Bereicherung für diese Abteilung ist. Auf der pädiatrischen Station liegt die pflegerische Leitung weiterhin in der Hand von Pfleger Awed und seiner Stellvertretung Aiba - ein inzwischen eingespieltes Team. Eine neue Herausforderung ist, dass die Altersgrenze von fünf auf 14 Jahre angehoben wurde, was spürbar mit steigenden Patientenzahlen einhergeht. Demzufolge gab es auch eine räumliche Erweiterung und Umstrukturierung der Station. Insgesamt war auf beiden Stationen positiv zu vermerken, dass es einen Zuwachs an Pflegepersonal gab.

Abbildung 2: Neugeschaffene Handwaschstation in der Pädiatrie

Erfreulich war, dass die eritreischen Kolleg*Innen seit dem letzten Einsatz ein *Infection Prevention Commitee* gegründet haben, welches sich in regelmäßigen Abständen trifft und an strukturellen Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene in allen Bereichen des Krankenhauses arbeitet. Dies ist auch eins der zentralen Ziele unseres Projektes. Eine der ersten Maßnahmen des Komitees war beispielsweise die Installation einer Handwaschmöglichkeit für Patientenangehörige vor der Milchküche auf der Pädiatrie (Bild). Hierdurch soll auch bei Wasserknappheit (die aufgrund der unsicheren Versorgungsstrukturen leider weiterhin ein großes Problem ist) die Möglichkeit für eine Basishändehygiene erhalten bleiben. Weitere Handwaschstationen sind in Planung und sollen noch vor unserem nächsten Einsatz errichtet werden.

Bei unserem Rundgang durften wir auch einen Blick in das Labor werfen. Auch hier gibt es deutliche Fortschritte: so sind neuerdings wichtige Parameterbestimmungen der klinischen Chemie als auch für die Diagnostik von HIV, Tuberkulose und Hepatitis B möglich.

Pädiatrie

Das Team der Pädiatrie bestand aus zehn Pflegekräften und wir wurden von allen sehr herzlich empfangen. Die Freude über die von uns mitgebrachten und dringend benötigten Medikamente und

das Equipment war groß, denn Materialknappheit stellt für das Personal immer wieder eine große Herausforderung dar.

Bei allen Angestellten war spürbar, dass das Thema Hygiene einen großen Stellenwert hat und vermehrt auf Ordnung und Sauberkeit geachtet wird. Zur Erfassung der bisher etablierten Hygienestandards füllten wir mit den eritreischen Kolleg*Innen die *„hand hygiene self-assesment form“* der WHO aus. Dieses zeigte in der Pädiatrie noch deutliche Defizite, u.a. in den Bereichen Wasserversorgung und Mitarbeiterschulungen. Positiv aufgefallen ist der gute Zugang zu Desinfektionsmitteln, der durch das Projekt gewährleistet ist. Zur weiteren Verbesserung haben wir an den Desinfektionsspendern und Handwaschstationen Infotafeln zu korrekter Händehygiene aufgehängt und mit der Klinikleitung Möglichkeiten für die Implementierung von Mitarbeiterschulungen besprochen. Nicht zuletzt aufgrund der Anhebung der Altersgrenze gab es viele kritisch kranke Kinder, sodass wir es für sinnvoll erachtet haben einen weiteren „PICU-Raum“ zu eröffnen, welcher in den nächsten Einsätzen sinnvoll mit Materialien bestückt werden muss.

Abbildung 3: Reanimationstraining

Die kritisch kranken Kinder würden sehr von einer täglichen Physiotherapie profitieren, so dass wir an die Arbeit des vorhergehenden Teams anknüpften und die Zusammenarbeit dieser Bereiche intensivierten. Bei den Ausbildungsmaßnahmen konzentrierten wir uns diesmal auf „bedside teachings“ zum Thema Händehygiene und der Implementierung des neuen „Vital-sign-sheets“. Insbesondere dieser neue Überwachungsbogen lässt sich nur sehr langsam integrieren, da er mit viel Sorgfalt und Konzentration vom Pflegepersonal ausgefüllt werden muss. Anhand von Simulationsparametern übten wir mit dem Pflegepersonal das Ausfüllen der Dokumentationsbögen und es war schön zu sehen, wie untereinander erklärt, diskutiert und übersetzt wurde. Die obligatorischen Reanimationsfortbildungen wurden interessiert angenommen.

Neonatologie

Die neonatologische Station war während unseres gesamten Einsatzes mit bis zu zehn Patient*Innen sehr gut ausgelastet. Ein großer Anteil davon waren kleine Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2000g (insgesamt vier Patient*Innen, davon drei unter 1500g). Diese Akzeptanz hat uns sehr gefreut, stellt die Abteilung aber auch vor große Herausforderungen, da der Pflegeschlüssel trotz Aufstockung zu knapp bemessen ist. So arbeitete im Nachtdienst stets nur eine Pflegekraft, was eine adäquate Versorgung insbesondere der kleinen Frühgeborenen schwierig machte.

Nichtdestotrotz wurde deutlich, dass es insbesondere im pflegerischen Bereich in den letzten Jahren große Fortschritte gab. Viele der beim letzten Einsatz vereinbarten Ziele wurden gewissenhaft umgesetzt, so erhalten nun etwa alle Frühgeborenen konsequent Coffeincitrat zur Atemstimulation und Vermeidung von lebensbedrohlichen Apnoen. Die Hygienestandards sind in der Neonatologie verglichen mit den anderen Abteilungen weiter entwickelt worden, was auch das *„hand hygiene self-assesment form“* der WHO bestätigte. Alle Angehörigen tragen seit Neustem bei der Versorgung der Kinder Krankenhauskleidung und der konsequente Einsatz von Händedesinfektionsmitteln ist zum Standard geworden. Auch Pflegestandards bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen werden von den meisten Mitarbeiter*Innnen beherrscht, so wird z.B. allen Müttern von Frühgeborenen das “Bonding“ außerhalb des Inkubators ermöglicht. Defizite bestehen weiterhin bei der Dokumentation von Vitalparametern. Das beim letzten Einsatz eingeführte “vital sign sheet“ wurde durch Verständnisprobleme nur unzureichend benutzt, weshalb erneut umfangreiche Schulungsmaßnahmen erfolgten, die vom Pflegepersonal sehr motiviert angenommen wurden. Weiterhin konnten wir im Rahmen von pflegerischen „bed-side teachings“ neue Windelfolien und Becher für die Aufbewahrung von Muttermilch einführen.

Abbildung 4: bed-side teaching zum vital-sign sheet

In der ärztlichen Versorgung macht sich die Abwesenheit von Dr. Dawood bemerkbar. Die jungen GPs waren sehr engagiert und interessiert bei den gemeinsamen Visiten, allerdings wurde häufig deutlich, dass grundlegende Kenntnisse bei der Versorgung von Frühgeborenen fehlen. Insbesondere das Management des Flüssigkeitshaushaltes von kleinen Frühgeborenen und von typischen Komplikationen wurde nicht sicher beherrscht. Hier macht sich auch der fehlende Zugang zu einheitlichen Standards bemerkbar. Ein Fall der unser Team sehr beschäftigte und der diesen Mangel an spezialisiertem Wissen in der Praxis deutlich machte, waren zwei frühgeborene Zwillinge mit einem Geburtsgewicht von 1000g, die bei unserer Ankunft bereits über 30% ihres Gewichts verloren hatten. Nach Optimierung der Flüssigkeits- und Kalorienzufuhr und aufgrund der engagierten Pflege der eritrischen Kolleg*Innen überlebten die Kinder diesen kritischen Zustand. Neben den täglichen „bed-side teachings“ mit Pflege und Stationsärzten führten wir Reanimationstrainings für alle Beschäftigten durch. In mehreren Situationen konnte das Gelernte in der Praxis angewandt werden. So gelang erfreulicherweise die Stabilisierung eines kritisch kranken Frühgeborenen mit Lungenentzündung durch vorübergehende Maskenbeatmung.

Geburtshilfe/ Gynäkologie

Im Kreißsaal wurden die Patient*Innen primär von Entbindungspflegern betreut, ärztlich tätig war ausschließlich Dr. Tamid, der sich als Klinikdirektor rund um die Uhr für alle anfallenden Sectiones, schwierigen Geburtsverläufe, sowie gynäkologischen Notfalloperationen in Rufbereitschaft befindet.

Die GPs in der Ausbildung führten keine gynäkologischen und geburtshilflichen Eingriffe durch. Es arbeiteten einige erfahrene Entbindungspfleger im Kreißsaal, aber auch immer mehr jüngere, die teilweise Nachtdienste alleine übernehmen. Eine Hebamme war während unseres Einsatzes nicht vor Ort. Während des gesamten Einsatzes war es eine Herausforderung bedarfsdeckend zu arbeiten, da täglich ca. 20 Frauen in der gynänkologischen Ambulanz einbestellt waren. Besonders viele Patient*Innen hatten urogynäkologische Beschwerden. Einige dieser Frauen konnten wir operieren, jedoch bei weitem nicht alle. Aufgrund des Personalmangels musste in der ersten Woche Frau Dr. Herzog noch häufig bei den Operationen assistieren. In der zweiten Woche war es bereits den OP-Pfleger*Innen möglich, diese Aufgabe zu übernehmen. So war dann eine bessere Aufteilung möglich und Frau Dr. Herzog konnte vermehrt im Kreißsaal arbeiten. In der Poliklinik haben wir uns mit den Untersuchungen abgewechselt. Bis zum letzten Einsatztag stieg die Anzahl der Patient*Innen, die sich in der gynäkologischen Ambulanz vorstellten. Die Mehrheit der Patient*Innen präsentierte sich weiterhin mit urogynäkologischen Beschwerden, aber auch mit einem Uterus myomatosus, sehr viele Frauen mit Infertilitätsproblemen und mit Vaginosen. Drei Frauen haben wir mit V.a. Zervixkarzinom nach Asmara überwiesen.

Nach wie vor erfolgen keine Übergaben vom Kreißsaal-Team an das neonatologische Team. Als gemeinsamer Plan wurde eine große Tafel im Kreißsaal aufgehängt, hier sollen durch das geburtsmedizinische Team nach jeder relevanten Aufnahme wichtige Informationen über die Patient*Innen für das neonatologische Team notiert werden. Bei jedem Dienstwechsel sollen die aktuellen Entwicklungen besprochen werden, wie beispielsweise der Zeitpunkt der antenatalen Prophylaxe, Schätzgewicht des Feten, relevante Erkrankungen der Mutter etc. Um diese Zusammenarbeit zu optimieren, werden der leitende Entbindungspfleger Jonas und der leitende neonatologische Pfleger Jonas eine perinatale Konferenz einführen.

Es wurden während unseres Einsatzes insgesamt mehrere urogynäkologische Operationen durchgeführt, wie auch andere Operationen, bspw. zwei weit fortgeschrittene extrauterine Schwangerschaften, zwei abdominale Hysterektomien und einige Sectiones. Das große Thema – auch im Operationsraum – war die Hygiene. Die OP-Pfleger*Innen assistieren meist ohne sterile Kittel, da diese nur spärlich vorhanden waren. Der ganze Operationsbereich ist von Ameisen befallen. Auch im „sterilen“ Operationsbereich sind Ameisen und Fliegen ein Problem. Des Weiteren wird die chirurgische Händedesinfektion nicht adäquat durchgeführt. Während des Aufenthaltes wurden mehrere Gespräche mit dem Team und vor allem mit Dr. Tamid diesbezüglich geführt.

Abbildung 5: Dr. Emilie Herzog, Dr. Tamid Estifanos, Dr. Irena Rohr

Auch die Personalsituation im Operationssaal ist sehr schwierig. Es arbeiten nur wenige ausgebildete OP-Pfleger*Innen im Operationssaal. Vorwiegend werden junge Krankenschwestern/-pfleger zu OP-Pfleger*Innen geschult. Die Einarbeitung erfolgt jedoch keinesfalls bedarfsorientiert bzw. erfüllte diese keine Mindeststandards, so dass weder eine medizinische Assistenz möglich war, noch Hygienestandards eingehalten wurden.

Dem Thema „Hygiene“ sollte weiterhin ein besonderes Augenmerk gewidmet werden. Es herrscht auf der gesamten gynäkologischen Station ein Mangel an Oberflächendesinfektionsmitteln. Das gesamte

Team war wenig für dieses Thema sensibilisiert. Beispielsweise wurde der gynäkologische Stuhl/ die gynäkologische Liege nicht nach jeder Patientin desinfiziert, auch wurden keine Einmalunterlagen verwendet. Der leitende Entbindungspfleger Jonas wurde in die Benutzung von uns mitgelieferten Oberflächendesinfektionsmittel geschult. Während des gesamten Aufenthaltes wurde das Personal auf die Nutzung von Desinfektionsmitteln, das Desinfizieren der Untersuchungsliege, das Desinfizieren von Untersuchungsinstrumenten etc. … immer wieder aufmerksam gemacht. Die *„hand hygiene self assesment form“* der WHO zeigte für die Geburtshilfe ähnliche Defizite wie in der Pädiatrie auf und analog dazu wurden auch für diesen Bereich die o.a. Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt bzw. angestoßen.

Fazit

Insgesamt kann unser Team ein positives Einsatzfazit ziehen. Das liegt vor allem am intensiven Austausch mit unseren eritreischen Kolleg*Innen, der uns die Möglichkeit gab, mit dem nötigen Rückhalt an weiteren Verbesserungen im Projekt zu arbeiten. Herausheben kann man dabei Dr. Tamid, der der Klinik mit seiner Energie und seinem Gestaltungswillen hoffentlich noch lange erhalten bleibt. Trotz der schwierigen Umstände, vor allem der fehlenden Kontinuität in der ärztlichen Versorgung in Pädiatrie und Neonatologie, als auch durch die hohe Beanspruchung des gynäkologischen Teams außerhalb der Geburtshilfe, konnten wir unsere Hauptziele im Bereich Hygiene und Dokumentation von Vitalparametern erreichen.

*Abbildung 6: Abschlusszeremonie mit den eritreischen Kolleg*Innen*