

Barentu - Projektbericht 16.03.2019 bis 31.03.2019



Unser achtköpfiges Team bestand diesmal aus der Kinderkrankenschwester Kathrin Genz, den Hebammen Carolin Schreiner und Ulrike Posselt, dem Geburtshelfer Andreas Nonnenmacher, den Kinderärztinnen Anne Sophie Schaper und Katharina Marggraf, dem Techniker Martin Rhode und dem Medizintechniker Roland Heinitz. Das Ziel ist unverändert: Gemeinsam mit unseren eritreischen Kollegen wollen wir die medizinische Versorgung von Müttern und Kindern im Gash Barka Referral Hospital in Barentu verbessern.

Allgemeines

Da wir drei neue Teammitglieder „on board“ hatten, konnten wir den ersten Tag in Asmara gut zum Kennenlernen und Teambuilding nutzen. Nach einer erholsamen Nacht im Hotel Embassoira profitierten wir von einem Sonntag in der Hauptstadt, an dem wir das Orrota Krankenhaus besichtigten und mit Dr. Habteab unsere geplanten Besuche der Health Center besprachen. Wie sich herausstellte, wurden auf Grund von Sicherheitsbedenken die Permits für die Region Gash Barka nicht bewilligt, jedoch wurde uns ein Bewegungsradius von 15 km um Barentu herum zu Recherchezwecken autorisiert - immerhin. Bei einem wunderbaren Abendessen mit Dr. Samson und Matthias Röbbelen erfuhren wir viel über Dr. Samsons Initiative, die Versorgung von Neugeborenen in der Region um Mendefera zu verbessern. Weiterhin nahmen wir eine Inspektion der gelieferten Hilfsgüter für das Krankenhaus in Barentu vor. Es wurde erneut darauf hingewiesen, dass der Transport der Materialien durch die Verantwortlichen in Barentu organisiert werden sollte - am Besten im Voraus.

Klinik und Organisation

Am ersten Tag in Barentu wurden wir - mittlerweile schon Tradition - vom Klinikdirektor und Internisten des Gash Barka Referral Hospitals Dr. Yacob herzlich begrüßt und durch das Krankenhaus geführt. Erfreulicherweise fanden auch die morgendlichen Übergaben vom Nachtdienst an das ärztliche Personal weiterhin statt – eine wichtige Gelegenheit, kritische Fälle im Team zu diskutieren. Der Mangel an ärztlichem Fachpersonal machte sich jedoch weiterhin bemerkbar, was uns auch im Verlauf unseres Aufenthaltes besonders in Notsituationen vor Augen geführt wurde.

In der Kinderklinik und Neonatologie gab es personell keine Veränderungen. Der Leiter der Abteilung und Ansprechpartner für die Krankenpfleger ist weiterhin der Pädiater Dr. Dawood. Pflegerisch wird die Pädiatrie, wie schon in den Jahren zuvor, von dem von uns sehr geschätzten Krankenpfleger Awet geleitet, die neonatologische Station leitet weiter die engagierte Krankenschwester Mahalet, unsere langjährige Freundin. Beide waren – wie auch in unseren vorherigen Einsätzen – hoch motiviert und bestrebt, mit uns zusammenzuarbeiten.

Kurz nach unserer Ankunft wurde uns versichert, dass die wichtigen Hilfsgüter aus dem Container schnellstmöglich nach Barentu transportiert werden. Leider mussten wir jedoch viele Tage auf deren Ankunft warten. Dieser Transport sollte in Zukunft besser organisiert und bereits im Voraus abgestimmt werden, denn die Arbeit mit den medizinischen Geräten und Materialien ist ein wichtiger Bestandteil unserer Einsätze.



Erfreulicherweise erhielten wir diesmal die Möglichkeit, zwei Health Center zu besichtigen, eines ca. 30 min Autofahrt von Barentu entfernt in Mogolo und ein weiteres in Barentu selbst. Wir waren positiv überrascht von der guten Organisationsstruktur in der Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen dort. Unsere Idee ist, nach dem Beispiel des Programms Helping Babies Survive und Helping Mothers Survive der American Academy of Pediatrics und der World Health Organisation die Versorgung der Mütter und Neugeborenen auch außerhalb des

Gash Barka Referral Hospitals zu verbessern. Das Personal der Health Center ist somit ein wichtiger Ansprechpartner für uns und eine Kenntnis der Gesundheitsversorgung außerhalb der Klinik essentiell.

Technik

In diesen Einsatz konnten wir erfreulicherweise wiederholt feststellen, dass unsere Instandsetzungsarbeiten größtenteils erhalten waren. Somit konzentrierten wir uns auf die Medizintechnik, die gepufferte Wasserversorgung und die Zusammenarbeit mit den eritreischen Kollegen. Wie schon im Novembereinsatz 2018 wurde unsere Arbeit durch einen Medizintechniker, diesmal Roland Heinitz (zum ersten Mal im Projekt), unterstützt.



Ein Medizintechniker, der sein Augenmerk auf die Sichtung und Instandhaltung der Medizintechnik legen konnte, ist ein sehr großer Gewinn für das Projekt. Im Zuge der Sichtung wurden insgesamt 110 Geräte erfasst, von diesen mussten 70 instandgesetzt werden. Aufgrund von Unstimmigkeiten in der Zuordnung von diversen Geräten muss noch eine Bereinigung der Geräteliste zum nächsten Einsatz erfolgen. Erfreulicherweise wurden nur drei Geräte komplett ausgesondert, weitere drei Geräte können nach erfolgter Ersatzteilbeschaffung zum nächsten Einsatz wieder auf den Stationen eingesetzt werden und 23 Geräte können mit Einschränkungen weiter genutzt werden (kein Akkubetrieb möglich). Die benötigten Ersatzteile bzw. Akkus sind bereits für den nächsten Einsatz organisiert. Zusätzlich wurden, um den Betrieb der Phototherapielampen der Neonatologie zu sichern, sämtliche Leuchtmitteltypen erfasst, diese ebenfalls beschafft, und können im Herbsteinsatz vor Ort ausgetauscht werden.

Ein Kompatibilitätsproblem mit den verfügbaren Sensoren gibt es mit den Pulsoximetern von Masimo. Derzeitig können lediglich fünf eingesetzt werden. Wie wir während unseres Aufenthalts in Asmara erfahren haben, ist dieses Problem jedoch bereits bekannt und es soll hierzu eine „Archemed-weite“ Lösung gefunden werden.

Um die reinen Instandsetzungsarbeiten an den medizinischen Geräten zu minimieren, werden wir zukünftig mit den eritreischen Kollegen einen Wartungsplan implementieren. Dies erfolgt auch, um weitere Einsätze entsprechend planen und vorbereiten zu können.

Zum Thema Wasserversorgung mussten wir leider feststellen, dass diese im Krankenhaus weiterhin aufgrund einer defekten Tiefenpumpe nicht gesichert ist. Wir haben diesen Sachverhalt nochmals mit der Klinikleitung besprochen und uns wurde in Aussicht gestellt, dass die GIZ eine Erneuerung der Pumpe finanzieren werde. Unsere Wasserpuffer wurden weiterhin gut angenommen, z. B. wird aufgrund der unregelmäßigen Wasserversorgung der installierte Wasserpuffer im OP Bereich manuell befüllt, um dem Personal eine Waschgelegenheit zu geben. Zusätzlich haben wir in der Pädiatrie und der Neonatologie jeweils einen Wasserpuffer installiert und so Waschgelegenheiten in weiteren drei Räumen geschaffen. Bei der Montage haben wir aufgrund des aktuellen Problems mit der Wasserversorgung die Puffer so montiert, dass ebenfalls eine manuelle Befüllung möglich ist.



Zusätzlich konnten wir während unseres Aufenthalts feststellen, dass durch die Unterstützung von zwei kubanischen Technikern ein neues digitales Röntgengerät in Betrieb genommen und das Personal entsprechend in der Nutzung geschult wurde. Das Gerät entspricht dem aktuellen technischen Stand und ist eine Bereicherung für den gesamten Krankenhausbetrieb. Zum Zeitpunkt unserer Abreise hatte man zusätzlich ein älteres Röntgengerät wieder in Betrieb genommen und ein weiteres soll nach Ersatzteilbeschaffung ebenfalls repariert werden. Weiterhin konnte das gesamte Team auch in diesem Einsatz wieder ein Patientenzimmer, diesmal auf der Gynäkologie, mit Unterstützung des Stationspersonals renovieren.

Geburtshilfe

Das eritreische Geburtshilfeteam bestand weiterhin aus sechs männlichen und einer weiblichen Hebamme, welche von den beiden Weiterbildungsassistenten Dr. Tamid und Dr. Emanuel ärztlich unterstützt wurden. Vaginale Geburten werden von den Hebammen eigenständig durchgeführt. Dr. Tamid und Dr. Emanuel versorgen abwechselnd die geburtshilflich/gynäkologische Station und sind vierundzwanzig Stunden auf Abruf für geburtshilfliche Komplikationen und Kaiserschnitte zuständig.

Als geburtshilfliches Personal wurden wir herzlich und offen empfangen. Von großem Vorteil ist es, wenn man wiederholt das Projekt begleitet, da eine gewisse Vertrauensbasis bereits bei Ankunft vorhanden ist. Wir freuten uns über die sichtbaren Veränderungen auf der Station und im Kreißaal. Hervorzuheben waren Struktur und Ordnung in der Lagerung von Medikamenten und Gebrauchsmaterialien auf der Station. Der im letzten Einsatz eingeführte Medikamentenschrank wurde regelmäßig genutzt. Der Ultraschall war auch in diesem Einsatz wieder ein wichtiges Thema. Das Teaching des Personals erfolgte als direktes Hands-on-Training bei vielen Patientinnen. Der Ultraschall schien auch außerhalb unserer Einsätze häufig genutzt zu werden. Auch hier gibt es ein großes Interesse an Lehrmaterialien.

Der Mangel an geburtshilflichem Personal hat sich nicht gebessert. Viele ärztliche Aufgaben werden nach wie vor von den Hebammen übernommen. Dies ist



ein strukturelles Problem und als deutsches Team muss man sich auf die gegebenen Strukturen einlassen. Ein Langzeitziel ist es hier, dass die von den Hebammen übernommenen Arbeiten, wie beispielsweise eine manuelle Nachtastung, eine Curettage und / oder die Naht einer komplizierten Dammverletzung chirurgisch und hygienisch korrekt ausgeführt werden und die Frauen eine ausreichende Schmerzmedikation erhalten.

Organisatorische Aufgaben, wie die Inventur von Hilfsgütern, Medikamenten und Gebrauchsgegenständen, ist Teil unserer Aufgabe vor Ort. Durch die zweite Hebamme war es uns möglich, von Tag zwei an im Kreißsaal mit den Hebammen zusammenzuarbeiten. Wir konnten unter anderem den Vorteil von alternativen Geburtspositionen demonstrieren. Ein nach wie vor großes Problem ist die Hygiene im Kreißsaal. Die im letzten Einsatz mitgebrachten Desinfektionsmittel wurden zwar großzügig genutzt, jedoch fehlten einfache Arbeitsmaterialien wie saugfähige Vor- und Unterlagen zur Geburt, saubere Tücher zum Trocknen des Neugeborenen. Die Hygiene und hygienisches Arbeiten ist ein Langzeitziel in unserem Projekt.



Auch in diesem Einsatz sahen wir Frauen, die Opfer einer Genitalverstümmelung waren. Die Betreuung der dadurch bedingten Geburtskomplikationen und die Versorgung der Verletzungen nach der Geburt ist ein großes Feld. Es war uns möglich, wiederholt auf den Zusammenhang zwischen „Beschneidung“ und Geburtsverlauf hinzuweisen. Immer wieder ein Bewusstsein für den besonders komplikationsbehafteten Verlauf einer Geburt bei betroffenen Frauen hinzuweisen, ist Teil unserer Arbeit gewesen. Der Wechsel zwischen theoretischen Teachings und gemeinsamer Arbeit im Kreißsaal schafften eine fruchtbare Zusammenarbeit. Unsere Teachings wurden von den Hebammen gut besucht und die anschließenden regen Diskussionen und der fachliche Austausch waren eine Freude. Orientiert haben wir uns unter anderem an dem Programm der WHO „Helping Mothers Survive“.

Neonatologie und Pädiatrie

Auf der neonatologischen und pädiatrischen Station wurden wir sehr herzlich empfangen und staunten über die Sauberkeit und Ordnung. Unser Einsatz in der **Neonatologie** war dieses Mal maßgeblich von der ausgedünnten Besetzung des Pflegepersonals geprägt: mit nur vier Schwestern stemmten die Verbliebenen das Dreischichtsystem. Dazu waren im Schnitt ca. 10 Kinder auf der NICU, die Arbeitsbelastung also entsprechend hoch. Die chronische Unterbesetzung war natürlich für die Versorgung der Kinder schwierig, jedoch für unseren Einsatz auf gewisse Art vorteilhaft, weil wir auf jedes einzelne Teammitglied in unseren Teachings und der täglichen Stationsarbeit individuell eingehen konnten. So hatten wir das Gefühl, dass ein sehr vertrauter und fruchtbarer Wissensaustausch entstand.



In der ersten Woche war die neue junge Schwester Simrit im Frühdienst eingeteilt. Sie war trotz der ständigen Anwesenheit ihrer eigenen ca. 8 Monate alten Tochter sehr motiviert, verstand vieles auf Anhieb und setzte es in die Tat um. In der zweiten Wochen war die uns sehr vertraute Stationsleitung Mahalet im Frühdienst, mit der wir einige strukturelle Probleme besprechen konnten.

Um sicherzustellen, dass unsere Teachings von allen verstanden werden, legten wir in diesem Einsatz besonderen Wert auf eine ausreichende Übersetzung. Abdul (Krankenpfleger) und Awat (Headnurse in der Pädiatrie), Dr. Asmie (ein junger sehr engagierter

General Practitioner) und auch Dr. Dawood waren uns dabei eine große Hilfe. Auf Wunsch der Pflege führten wir in der ersten Woche ein Teaching zu Neugeborenenenerstversorgung und zu Koma bei Kindern durch, die gut besucht waren.

In der Nacht nach unserer Ankunft wurden auf der Neonatologie Zwillinge der 29. SSW mit jeweils knapp 1000g geboren. Dabei stellten wir fest, dass nach wie vor die Neugeborenen nicht alle an den zur Verfügung stehenden Monitoren überwacht wurden. Im Verlauf stellte sich heraus, dass dies unter anderem daran lag, dass die Kabel nicht funktionsfähig waren. Wir legten gemeinsam fest, dass die Tür zum Inkubatorraum kontinuierlich offenstehen sollte, um die Alarmer zu hören, ein entsprechendes Schild wurde an die Tür gehängt- der Teufel steckt häufig im Detail. Ein gesondertes Problem war weiterhin die Ernährung der Neugeborenen. Dafür entwickeln wir gemeinsam mit unseren eritreischen Kollegen eine „Oral Feeding Guideline“ und rechneten täglich in der Visite die Laufraten und das Steigern der Nahrung mit Dr. Dawood und der betreuenden Schwester zusammen aus, was zum Ende wirklich gut funktionierte. Die beim letzten Aufenthalt - erst am Tag vor Abreise verteilten - Überwachungsbögen waren leider nicht implementiert. Gemeinsam mit unseren eritreischen Kollegen passten wir die Bögen noch besser an die lokalen Strukturen an und übten seit der ersten Woche täglich deren Anwendung. Resultat: Zum Ende unseres Aufenthaltes wurden sie zuverlässig und korrekt benutzt, was eine deutliche Verbesserung der Überwachung der Neugeborenen bedeutet.

Unsere Kinderkrankenschwester Kathrin konnte in der Versorgung der Frühgeborenen viel in „Hands on Teachings“ erklären: Magensonde legen und kontrollieren, Lanzetten anstatt der Kanülen nutzen für Blutgasanalysen, Blutentnahmen durchführen, wenn eh eine Flexüle gelegt werden muss... Dabei fiel auch auf, dass der Visitenwagen kontaminiertes und sauberes Material völlig vermischte, so dass zusätzlich zu den Mülleimern im Flur (die erfreulicher Weise gut genutzt wurden) nun auch kleine Mülleimer in den Zimmern aufgestellt wurden.



Besonders positiv fiel uns auf, dass die Krankenschwestern zu jedem Dienstwechsel eine Übergabe am Bett der Kinder machten, so dass die wichtigen Informationen weitergegeben wurden.

Leider war das Versterben der frühgeborenen Zwillinge und auch eines weiteren Frühgeborenen der 26. SSW nicht zu verhindern. Prolongierte Atempausen, Sepsis und ein schweres Atemnotsyndrom waren die wahrscheinlichsten Ursachen. Wir konnten diese Situation nur nutzen, um die Schwestern in der Reaktion auf die Monitoralarmer und im korrekten Beatmen zu schulen. Unter der Devise „You can make a difference“ versuchten wir, die Hemmschwelle zu senken und eine beherzte Versorgung der kritisch kranken Neugeborenen zu fördern - zusammen mit Dr. Dawood.

Wir führten weitere Teachings in der Neonatologie durch: 1. Detailliertes Erklären des Überwachungsbogens anhand von Parametern eines fiktiver Frühgeborenen mit den klassischen Komplikationen bei Frühgeborenen (Hypothermie, Hyperbilirubinämie, Hypoglykämie, Apnoe, Atemnotsyndrom). 2. Erstversorgungstraining in zwei Gruppen anhand fiktiver Fallszenarien. Und mit Dr. Dawood und Mahalet entwickelten wir eine Art Zielvereinbarung „Goal Sheet“, in der vieles von dem enthalten ist, was wir als ausbaufähig beobachteten. Es wird spannend zu sehen, wie viel davon beim nächsten Aufenthalt umgesetzt wurde.



In der **Pädiatrie**, in der Awat als sehr engagierte Head Nurse waltet, fiel eine gut strukturierte und saubere Station auf. Awat kam früh und ging spät, auch Dr. Dawood schätzt ihn sehr und bringt ihm viel Vertrauen entgegen. Wir entdeckten ein Team junger Physiotherapeuten, die wir in die pädiatrische Versorgung der schwer kranken Kinder auf der Neonatologie und Kinderintensivstation einbinden konnten. Dieser Versuch fand im mit Awat erarbeiteten „Goal Sheet“ ebenfalls Einzug. Uns fiel insgesamt auf, dass die wirklich schwer kranken Patienten lange in der Rettungsstelle verblieben, bevor sie in die Intensivzimmer der Pädiatrie kamen, was jedoch sicher sinnvoll ist, da die ärztliche Präsenz in der Rettungsstelle vor allem am Nachmittag am höchsten ist.



In der **Kinderrettungsstelle** ist Abdul eine zuverlässige Pflegekraft. Die Lager waren fast komplett aufgebraucht, so dass die Freude über den mitgebrachten Materialnachschub groß war. Der Pädiatrieraum der Rettungsstelle war sehr häufig mit zwei oder mehr Patienten besucht. Leider starben in unserem Zeitraum auch zwei Kinder. Ein Kind an einem fulminanten Waterhouse-Friedrichsen Syndrom bei Meningokokkensepsis und ein weiteres nach Aspiration bei Trinkversuch im Koma. Passend zum Wunsch, ein Komatraining durchzuführen, fiel auf, wie viele Kinder bereits im Koma in der Rettungsstelle vorstellig werden. Dabei spielt sicherlich die teilweise unzureichende Infrastruktur für den Transport zur Klinik eine große Rolle, so dass die Kinder oft in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit im Krankenhaus ankommen. Dabei fiel uns wieder auf, wie bewundernswert viel die General Practitioner wissen und wie gut sie die vielfältigen Krankheitsbilder betreuen können. Die Arbeitsbelastung für sie ist extrem hoch, denn auch unter ihnen herrscht großer Personalmangel.



Fazit

Ein erfolgreicher Aufenthalt mit einem engagierten Team liegt hinter uns. Zusammenfassend können wir sagen, dass der Einsatz für uns alle sehr erfüllend war. Zum einen, weil die Personalkonstanz dazu geführt hat, dass wir sehr intensiv im Team miteinander arbeiten konnten. Zum anderen, weil wir mit unseren eritreischen Kollegen ganz konkrete Ziele definieren und angehen konnten. So war nach erfolgreichem Anwendungstraining für alle ein direktes Erfolgserlebnis erkennbar. Für unsere Hebammen war es zudem von großem Vorteil, zu zweit vor Ort zu sein. So konnten eine konzentrierte Einarbeitung erfolgen und gleichzeitig Probleme besser erkannt werden, die vom nächsten Team fokussiert in Angriff genommen werden.

Wir freuen uns auf den nächsten Einsatz im Herbst 2019 und danken unseren eritreischen Kollegen für die herzliche Aufnahme im Team, den kollegialen Austausch und die Motivation zum Erlernen neuen Wissens!

