



## Einsatzbericht Maternity Unit Mendefera, November 2018

### 1 Ziele/Aufgaben

Schwerpunkt dieses Einsatzes waren Schulungen und Bed-Side-Teaching der Hebammen und Hebammen-Assistentinnen in Mendefera, sowie eine Schulung des Maternity-Teams in Dekamhare. Die Inhalte der Schulung waren wieder in enger Abstimmung mit Dr. Dawit festgelegt worden. Wie im Vorjahr wurde in Vorbereitung auf den Einsatz eine Präsentation auf laminierten DinA4-Ausdrucken vorbereitet, da sich diese 2017 gut bewährt hatten. Weiterhin wurden wieder Beckenmodell, Puppe und ein gestricktes Uterusmodell eingesetzt. Schwerpunkte der Schulungen waren in diesem Jahr:

- How to detect unsatisfactory progress of labour
- Use of the partograph (Partogramm)

Zur Schulung und zum vertiefenden Training des Gebrauchs des Partographs wurden laminierte Vordrucke erstellt. So konnten verschiedene Übungsszenarien durchgespielt und die korrekte Dokumentation mit Hilfe von wasserlöslichen Folienschreibern geübt werden. Die eingesetzten Vordrucke waren identisch mit den vom eritreischen Gesundheitsministerium an die Kliniken ausgegebenen Formularen, welche in eritreischen Maternity-Units somit ohnehin eingesetzt werden. Zur inhaltlichen Vorbereitung der Schulungen wurden die Standards der WHO<sup>1</sup> genutzt (welche dasselbe Partogramm benutzt).

In diesem Einsatz fuhrn erstmalig mit Anette Sydow und Dr. Oda von Rahden zwei Hebammen mit, so dass neben den Schulungen für das gesamte Team ein Schwerpunkt des Einsatzes beim Bed-Side-Teaching lag.

### 2 Aufenthalt und Mitarbeit in der Maternity Unit

Das Team der Maternity Unit bestand zu einem großen Teil aus denselben Mitarbeiterinnen wie im Vorjahr. Es waren zwei neue Hebammen zum Team dazu gestoßen, eine Hebamme war mit der Grenzöffnung nach Äthiopien ausgereist und die Head Nurse vom letzten Jahr, Haregu, hatte ein Baby bekommen und war in „Mutterschutz“. Vertreten wurde sie von Adyam, einer der neuen Hebammen. Mit Adyam und Dr. Dawit wurden zu Beginn des Einsatzes die Schulungstermine geplant und deren Ablauf abgestimmt.

Während des gesamten Aufenthaltes arbeiteten wir in der Maternity mit, wobei jeweils eine Hebamme unseres Teams mit einer Hebamme/-Assistentin des

---

<sup>1</sup> Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2017 Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

eritreischen Teams zusammenarbeitete. Auf diese Weise wurden alle eritreischen Teammitglieder in der Überwachung von Fetus und Gebärender und der Dokumentation geschult. Aus der Überzeugung heraus, dass jegliches schulmeisterliche Auftreten die Lernbereitschaft behindern würde, legten wir beim Bed-Side-Teaching stets großen Wert auf ein kollegiales Miteinander.



Wie auch im Vorjahr verbrachten wir die Pausen zumeist mit unseren eritreischen Kolleginnen, da dies oft einen guten Rahmen bot, um sich über Wünsche und Bedürfnisse der eritreischen Kolleginnen, aber auch über Arbeitsabläufe und Fragen unsererseits auszutauschen.

Insgesamt fiel auf, dass die Abteilung aufgeräumter war als bei unserem letzten Besuch. Doch bei genauerer Betrachtung wurde nur oberflächlich geputzt. In Ecken und Nischen war es z. T. sehr schmutzig, ebenso die Nachttische. Hier fanden sich häufig alte Essensreste und Ungeziefer.

Das Team der Maternity Unit arbeitet in festgelegten Tandems zusammen, wobei fast jedes Tandem aus einer ausgebildeten Hebamme und einer Hebammenassistentin besteht. Lediglich ein Team besteht aus zwei Hebammen-Assistentinnen, die allerdings beide schon länger in der Abteilung arbeiten.

Die von uns im Container geschickten Pinardrohre wurden vom Team gut genutzt. Das Dopplergerät stand nun, wie beim letzten Einsatz besprochen, für alle zugänglich im Deliveryroom, es fiel allerdings auf, dass einige Hebammen/ -Assistentinnen offenbar ungeübt im Umgang damit waren und lieber auf das Pinardrohr zurückgriffen. In der Folge wurde in der späten Austreibungsphase von diesen Teammitgliedern die fetale Herztonüberwachung nicht mehr durchgeführt (da mit dem Pinard sehr umständlich bzw. nicht mehr möglich).

Wie in den Vorjahren wurden die Gebärenden während der Latenz- und Eröffnungsphase nicht oder kaum betreut und blieben sich selbst überlassen. Dementsprechend schlecht war die Überwachung von Mutter und Kind und dessen Dokumentation während dieser Phasen. Im Verlauf der Geburt, besonders in den letzten Geburtsphasen, wurden selten die Herztöne gehört bzw. beurteilt.

Um nächtliche Arbeitsabläufe und -Verhältnisse kennen zu lernen, blieben wir in der Nacht vom 5. auf den 6. November in der Maternity Unit und arbeiteten mit den beiden diensthabenden Hebammen-Assistentinnen (es war keine Hebamme im Dienst). Die beiden Hebammen-Assistentinnen schauten regelmäßig nach den Schwangeren/Gebärenden und kontrollierten die fetalen Herztöne. Ob dies auf unsere Schulung von den Vortagen zurück zu führen war oder sie dies ohnehin so praktizieren ist unklar, dennoch waren wir hierüber erfreut.

Im Verlaufe der Nacht kam es zu jedoch einem geburtshilflichen Notfall, der uns bezüglich der Arbeitsweise der diensthabenden Hebammen-Assistentinnen sehr bestürzt hat. Während wir bei einer Sectio im OP waren, bekam eine der Gebärenden in der Maternity Unit ihr Kind, ohne dass eine der Hebammen-Assistentinnen Beistand geleistet hätte. Das Kind wurde (vermutlich) asphyktisch geboren und von den Hebammen-Assistentinnen, die wegen der parallellaufenden Sectio allein in der Abteilung waren, nicht angemessen versorgt. Nach unserer Rückkehr aus dem OP fanden wir ein fast lebloses Kind vor, das die beiden

Hebammen-Assistentinnen unter die Wärmelampe und mit einer Sauerstoffbrille versehen hatten. Erst der hinzugerufene junge Assistenzarzt begann, das Kind zu reanimieren. Nach massivem insistieren unsererseits wurde der diensthabende Pädiater informiert, so dass das Neugeborene zur NICU verlegt wurde. Dort wurde es mit einem CPAP versorgt, verstarb jedoch am nächsten Vormittag.

Im späteren Verlauf der Nacht legte sich, außer uns, das gesamte Personal schlafen, so dass die Patientinnen sich selbst überlassen waren, bzw. wir uns um einzelne Belange kümmerten. Wie wir später erfuhren, kann das Personal, anders als in Deutschland, nicht nach dem Nachtdienst schlafen, so dass es nachvollziehbarer erscheint, dass während des Dienstes nach Möglichkeit geschlafen wird

### 3 Schulungen

Wir führten zwei Mal mit jeweils dem Personal des Früh- und Spätdienstes eine Schulung „How to detect unsatisfactory progress of labour“ durch. Im Rahmen der Schulung, aber auch bei anderen Gelegenheiten arbeiteten wir mit den laminierten Partogrammen und spielten Übungsszenarien durch. Auf diese Weise wurden zehn der zwölf MitarbeiterInnen der Abteilung erreicht. Vereinzelt nahm auch Personal aus dem OP (eine OP-Schwester und ein Anästhesist) an den Schulungen teil. Zur Organisation der Schulung erwies sich der Zeitpunkt zwischen den beiden Tagschichten als optimal, um möglichst viele Teammitglieder zu erreichen.



Der in den Schulungen vermittelte Stoff wurde durch das Bed-side-Teaching im eins-zu-eins-Kontakt und anhand realer Arbeitsszenarien vertieft und geübt.

In der Klinik in Dekamhare wurden die Schulung „How to detect unsatisfactory progress of labour“ mit fünf Hebammen durchgeführt. Auch hier wurden zusätzlich einige Übungsszenarien durchgespielt.

Die Kombination aus Schulung in Gruppen und Bed-side-Teaching mit einem ein-zu-eins- Setting hat sich sehr gut bewährt. Die vorbereiteten Schulungsmaterialien ließen sich gut einsetzen und erleichterten das Vermitteln der Schulungsinhalte



deutlich. Das Beschriften einzelner Folien durch die Teilnehmerinnen, sowie das Durchspielen der Übungsszenarien lockerte die Atmosphäre auf und vermied einen Frontalunterricht. Die an die Wand gehefteten Folien konnten zudem über längere Zeit angeschaut und nachbesprochen werden.



Einen Ordner mit den laminierten Folien der Schulungen von 2017 und 2018 ließen wir im Office der Head Nurse zurück, so dass das Team ein Eigenregie weiter damit arbeiten und schulen kann. Weiterhin haben Dr. Dawit die zugehörige Datei auf den Rechner im Office der Head Nurse kopiert.

## 4 Handwerkliche Arbeiten

Gemeinsam mit unseren eritreischen Kolleginnen räumten wir den Delivery-Room um. Es waren zwei neue gynäkologische Stühle angeschafft worden, so dass nun zwei Geburten zeitgleich im Delivery Room stattfinden können.



Weiterhin wurde ein von uns mitgebrachtes Regal im gynäkologischen Untersuchungsraum aufgestellt.

## 5 Fazit und Ausblick

Die Personalsituation in der Maternity Unit scheint sich langfristig zu verbessern. Es wurden zwei weitere ausgebildete Hebammen eingestellt. Bis auf ein Tandem arbeiten somit immer eine ausgebildete Hebamme und eine Hebammen-Assistentin zusammen.

Die Schichtorganisation in Form von festgelegten Tandems erschien uns jedoch problematisch, da ein Wissenstransfer innerhalb des Personals, über das eigene Tandem hinaus, kaum möglich war. Es war zu beobachten, dass die Arbeitsweise und -Moral sich zwischen einzelnen Tandems teilweise erheblich unterschied. Regelmäßiges Mischen der Tandems würde es möglicherweise erleichtern, einheitliche Arbeitsweisen zu etablieren.

Die teilweise schlechte Arbeitsmoral und die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Tandems scheinen weiterhin ein Problem der Personalführung zu sein. Die Head Nurse ist fast ausschließlich mit administrativen Tätigkeiten beschäftigt und nimmt keinerlei Aufgaben der Personalführung wahr. So gibt es keine Kontrolle von Arbeitsabläufen und keine Fallbesprechungen.

Dennoch besteht bei weiten Teilen des Personals ein großer Wunsch nach Verbesserungen. Wir wurden immer wieder gebeten, unsere Beobachtungen mitzuteilen und Anregungen zur Verbesserung von Arbeitsabläufen zu geben. Der über die Jahre gewachsene vertrauensvolle und freundschaftliche Kontakt zwischen Dr. Dawit und seinen Mitarbeiterinnen und unserem Oldenburger Team

ermöglichte es, auch negative Aspekte anzusprechen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Der Einsatz von zwei Hebammen hat sich ebenfalls bewährt, zum einen, da somit sehr intensiv und häufig geschult werden konnte, zum anderen war der kollegiale Austausch während des Einsatzes sehr hilfreich. Zur Festigung der Schulungsinhalte und zur weitergehenden Schulung des Personals der Maternity Unit wären zwei Einsätze pro Jahr wünschenswert, lassen sich unsererseits personell jedoch momentan nicht realisieren.

Die Kombination aus Bed-side-Teaching und Schulungen in Gruppen zu einem vorher abgestimmten Thema hat sich gut bewährt, so dass wir dieses Vorgehen beibehalten werden. Für den Einsatz 2019 sind, nach Abstimmung mit Dr. Dawit und dem Maternity-Team, folgende Themen geplant:

- Vertiefung „Use of the Patrograph“
- Vertiefung „How to detect unsatisfactory labour“
- Diagnostik von regelwidrigen Einstellungen
- Therapeutische Möglichkeiten der Hebammenarbeit bei protrahierten Geburtsverläufen

