

ARCHEMED - PROJEKTTEAM – MENDEFERA



Reisebericht vom Herbsteinsatz 2015 in Mendefera, Eritrea

Reiseteilnehmer:

Mechthild Schulze Becking (Kinderärztin)
Marianne Reinke (Kinderkrankenschwester)
Stephi Kruse (Kinderkrankenschwester)
Silke Neidig (Hebamme)
Stefan Brückner (Technik, Projektkoordinator)
Hans-Georg Knoop (Technik)



Team Oldenburg

Reisezeitraum:

02.11.- 11.11.2015

Anreise:

Im November war es wieder so weit. Erneut ging es für ein Team Oldenburg nach Eritrea. Dabei waren dieses Mal nur „alte Hasen“, die Mendefera schon aus vorherigen Einsätzen kannten.

Am 02. hat uns Olly Rohde mit seinem Bulli zum Bremer Flughafen gebracht – an Bord dieses Mal nur 6 Koffer, da der 2. Koffer pro Person „dank“ Lufthansa erstmals einen deutlichen Aufpreis bedeutete. So haben wir strenger planen müssen – es ging trotzdem gut.

Über Frankfurt und Kairo ging es dann nach Asmara. Aufregend für Mechthild war, dass sie mit einem Ersatz-Pass und nur einer Kopie des Visums unterwegs war. Der Pass war auf dem Weg von Berlin nach Oldenburg aus dem demolierten Umschlag gerutscht. Mechthild durfte trotzdem einreisen und - für sie noch „ein bisschen“ wichtiger - auch wieder ausreisen!!

Um 04.30 Uhr in Asmara angekommen haben wir dann ein paar Stündchen geschlafen, um gleich nach Frühstück und Geldtausch auszuchecken und schon bald nach Mendefera gebracht zu werden. Unser Containermaterial war mit Hans-Georgs Hilfe und unter seiner Aufsicht bereits in Teilen nach Mendefera gebracht worden. Der Rest fuhr jetzt mit uns in „unsere“ Klinik, kein Material sichten und verstauen zu müssen - welch Luxus!

Auf dem Weg haben wir Dr. Samson abgeholt. Er war zu einer Tagung in einer Stadt zwischen Asmara und Mendefera. Die Wiedersehensfreude war wie immer groß.

Nach ca. 1,5 Stunden waren wir dann am Krankenhaus, haben erfreulich viele bekannte Gesichter gesehen. Das März-Team hatte ja berichtet, dass viele Schwestern nicht mehr da sind. Wir haben im Verlauf unseres Aufenthaltes Guoy, Sunshine, Rahwa, Senait, Fiori, Samyia und Askalou wieder getroffen – hoffen, dass wir niemanden vergessen haben.

Wir mussten natürlich sofort auch einen kurzen Blick in die Maternity werfen: erster Eindruck: es riecht nicht mehr ganz so stark nach Fruchtwasser und Blut wie beim

letzten Einsatz, aber Hebammen waren gerade nicht zu sehen. Dafür begrüßte uns Dr. David sehr herzlich. Wie schon bei den letzten Einsätzen hat er seine anfängliche Zurückhaltung aufgegeben. Von der langen Reise erschöpft, ging's dann ins Hotel, etwas essen, duschen und ab ins Bett. Gleich vorweg: diesmal hatten wir jeden Tag Wasser und auch die Stromausfälle im Hotel hielten sich sehr in Grenzen.

Einblicke in die Arbeit auf NICU und PICU:

Marianne, Stephi, „Dr. Mecki“

Die Station war bei unserer Ankunft gut belegt. Die Kinder waren recht gut versorgt. Sie lagen in den Wärmebetten und waren mit Pulsoximetern überwacht. Leider fehlten in allen Wärmebetten die Matratzen, die aber aufgrund unseres Hinweises ab dem nächsten Tag wieder eingesetzt wurden.



Dr. Mecki – zufrieden mit dem ersten Eindruck

Die Zimmer waren relativ aufgeräumt und sauber. Wie auch in unseren letzten Einsätzen waren die Desinfektionsmittelpender leer, die Vorräte aufgebraucht. Zum Glück hatten wir neue Flaschen dabei.

Die Schränke waren nur spärlich mit Materialien bestückt, obwohl das Lager noch gut sortiert war. Das ist wohl auf die Sorge zurückzuführen, dass Dinge aus den Zimmern entwendet werden könnten während das Lager ja abgeschlossen ist.

Wie bei den Voraufenthalten stand das Schulen am Patienten im Vordergrund. Wie immer schulten wir Wärmemanagement, Erstversorgung, Reanimation und Dokumentation.



Marianne, Stephi und Dr. Mecki bei der Schulung



Marianne und Stephi haben die Schwestern in gemeinsamen Pflegerunden begleitet. Immer wieder müssen wir darauf aufmerksam machen, wie wichtig es ist, dass die Kinder nicht im Nassen liegen, um eine normale Körpertemperatur zu gewährleisten. Zur Erleichterung bringen wir in jedem Einsatz wiederverwendbare Wickelfolien mit, die leider nicht so regelmäßig benutzt werden und nicht von allen Schwestern akzeptiert werden. Selbst wenn die Schwestern eine zu niedrige Temperatur messen, wird leider nicht immer eine Konsequenz daraus gezogen, d. h. kalte Kinder bleiben kalt. Es frustriert uns teilweise sehr, wie schwer eine Veränderung im Verhalten herbeizuführen ist.

In einer der Pflegerunden fiel ein Frühgeborenes mit einer viel zu niedrigen Körpertemperatur auf. Gemeinsam sorgten wir für eine trockene und warme Umgebung. Nach einer Stunde war das Kind immer noch kalt. Wir baten die Mutter auf die Station, damit sie mit ihrem Kind kängurute. Wenn auch für die Mutter und das eritreische Personal etwas befremdlich, kängurute die Mutter dann ca. zwei Stunden. Danach konnten wir zufrieden feststellen, dass sich die Körpertemperatur des Kindes normalisiert hatte. So erlebten alle, dass mit einfachen Methoden wie dem Haut-zu-Haut-Kontakt viel erreicht werden kann.



Mutter beim Känguruen

Auf die Alarme wird oft nur sehr zögerlich reagiert, was sicherlich auch der schlechten Besetzung zu schulden ist!

Wir haben die Schwestern aber auch motiviert und engagiert erlebt. In Eigeninitiative der eritreischen Schwestern wurden die Zimmer immerhin 2-mal in der Woche gereinigt.

Die Eltern wurden bei diesem Aufenthalt sehr gut angeleitet, so dass sie zur Versorgung ihrer Kinder immer pünktlich anwesend waren.

Unverändert ist das Thema Hygiene angesichts der weiter mehr als stockenden Wasserversorgung ein großes Problem. Während unseres Aufenthaltes haben wir nur zweimal Wasser fließen sehen. Erneut haben wir das Gespräch mit dem Klinik- wie dem Verwaltungsdirektor gesucht. Hans-Georg, Stefan und Mechthild sind mit diesen beiden Krankenhausverantwortlichen – uns ist nicht klar, ob sie überhaupt etwas entscheiden können – erneut zur Pumpe gefahren, haben erneut gesehen, dass nur noch einige Meter Kabel verlegt und angeschlossen werden müssen (seit Jahren!). Sie sind dann noch zum „local governor“ gefahren, haben auch ihm versucht klar zu machen, dass Krankenhaus nur mit guter Wasserversorgung funktionieren kann. Dabei haben sie versucht deutlich zu machen, dass unsere Unterstützer in Deutschland die Erwartung an die Eritreer hätten, dass dieses Problem endlich zeitnah gelöst werde und dass ansonsten die Gefahr bestünde, dass weitere Zuwendungen gestrichen würden. Gleichzeitig wurde Hilfe von ARCHEMED angeboten. Ergebnis dieses technischen Ausfluges war, dass der Klinikdirektor bis zu unserer Abreise eine Liste zusammenstellen wollte, was nun noch alles fehlt. An unserem letzten Tag in Eritrea hieß es dann, es fehlen nur noch „few items“, die ohne Probleme in Eritrea besorgt werden könnten, das Wasser würde bald fließen. Bisher gibt's noch keine Erfolgsmeldung – „bald“ scheint doch ein dehnbarer Begriff. Aber zurück zur medizinischen Versorgung.

Die NICU war während unseres Aufenthaltes immer gut belegt. Zur Routine geworden ist schon der morgendliche Rundgang über die geburtshilfliche Station, um zu sehen, ob es Neugeborene mit Problemen gibt.

Die Kinder waren zum großen Teil gut von ihrer Mutter versorgt, ggf. kümmerte sich auch mal eine Verwandte oder Dr. Samson ☺.



Dr. Samson in seiner NICU

Kinder, deren Mütter sich postpartal nicht kümmern konnten, kamen auch mal für ein oder zwei Nächte auf die NICU.

Einige Tage auf der NICU war u. a. ein Zwillingspärchen von ca. 36 SSW. Der zweite Zwilling war postpartal blaß, hypoton, wurde von Silke direkt auf die NICU gebracht. Tatsächlich haben wir das Kind kurz bebeutelnd müssen bis es suffizient selbst geatmet hat. Wir haben uns in dem Moment schon gefragt, was gewesen wäre, wenn Silke nicht bei der Geburt dabei gewesen wäre, sie das Kind nicht sofort gebracht hätte! Hätte eine eritreische Hebamme beherzt zum Ambubeutel gegriffen? Hätte überhaupt jemand Zeit gehabt? Die Mutter musste versorgt werden, ebenso der erste Zwilling



Dr. Mecki und Stephi beim Bebeuteln

Genau wie die schwesterliche Besetzung ist nämlich auch die Besetzung der Hebammen in der Geburtsklinik mehr als bescheiden. Natürlich haben wir auch die Hebammen wieder in Neugeborenen Reanimation geschult – bei mehreren zeitgleich gebärenden Frauen bleibt die Durchführung aber schwierig.

Umso schöner war für uns der Moment als der Zwillingstvater – „eigentlich“ sollen Väter gar nicht auf die NICU (für uns unvorstellbar), seine Söhne mit „Hello Sirs, nice to see You“ begrüßen konnte. Die Kinder konnten einige Tage später gemeinsam mit ihrer Mutter die Klinik verlassen, werden im Verlauf noch mal bei Dr. Samson vorgestellt, um sicher zu sehen, dass sie gedeihen.

Einblicke in die Arbeit im Kreißaal:

Silke

Der Tag begann morgens mit der Visite bei allen Frauen, die in der Maternity liegen. Dass Frauen mit Aborten, neben Frauen mit Präeklampsie liegen oder aber auch Schwangere am Termin sich direkt neben einer Frau nach IUFT ein Bett teilen, in einem Raum liegen, scheint dort weiterhin die Regel zu sein.

Es gibt einen waiting-room mit 8 Betten, in dem die Frauen eröffnen und bei einschneidendem Kopf über den Flur auf den Gynstuhl begleitet werden, auf dem sie dann in der von uns verhassten Steinschnittlage gebären dürfen.



waiting-room

Ich habe versucht, den Hebammen verschiedene Gebärpositionen ohne Gynstuhl näher zu bringen. Ihr Argument war, dass sie dort besser die evtl. Verletzung nähen könnten. Mein Einwand, das könne man doch auch sehr gut nach der Geburt organisieren, wurde staunend zur Kenntnis genommen.

Die von mir betreuten Geburten fanden so aber bis auf eine Zwillingengeburt alle im waiting-room statt - hier leider ohne die gewünschte Intimsphäre.

So kann man also zwischen zwei Situationen entscheiden: doch Gynstuhl oder zwischen weiteren Frauen unter der Geburt.

Die Betreuung der Gebärenden und die Zeit nach der Geburt für Mutter und Kind habe ich als sehr vernachlässigt empfunden. Hier ist sicher noch eine ganze Menge Arbeit zu leisten.

Die Gebärenden werden zur Aufnahme einmal vaginal untersucht, die Herztöne einmal gehört und dann gibt es in der Regel erst ein Wiedersehen bei einschneidendem Kopf.

Rund um die Geburt läuft - wenn ein midwife anwesend ist - alles wirklich gut. Die Versorgung der Dammverletzung oder die manuelle Nachtastung nach Nabelschnurabriss werden sehr versiert durchgeführt.

Danach bleibt die Versorgung den Müttern überlassen.

Hier habe ich erreicht, dass das Neugeborene abgetrocknet wird, um eine Auskühlung zu vermeiden.



Silke in ihrem Element

Ein großes Thema für die nächsten Einsätze wäre z.B. die U1.

Über das Bonden kann ich mich gar nicht recht auslassen. Der Umgang mit Leben und Tod ist in Eritrea so anders und für mich an mancher Stelle unverständlich.

Bei der Sectio einer Frau mit Nabelschnurvorfal und schon sichtbarer Hand im Introitus wurde gescherzt und gelacht und meine Frage, ob die Mutter ihr totes Kind sehen wolle mit Kopfschütteln beantwortet. Unverständnis auch darüber, dass ich es vom Mekonium befreit und sauber in Tücher gewickelt habe.

So verbunden diese Menschen im weiteren Leben sind, was mich sehr beeindruckt, so wenig kann ich diese Eigenschaft in den Momenten rund um die Geburt und das Umgehen mit sterbenden Kindern begreifen.

Vermutlich ist es Selbstschutz der Eritreer, aber ich denke doch, dass die Gebärenden und jungen Mütter genau die gleiche Freude und Trauer empfinden wie wir.

Ach, ich könnte hier noch soooo viele Dinge beschreiben, die ich dort erlebt habe:

- Die Zwillingsgeburt auf dem Gynstuhl, bei der die Hebamme nicht schnell genug den Fortschritt erkannt hat, sich seelenruhig die Handschuhe überstreifte als ich schon den ersten Zwilling regelrecht aufgefangen hatte und der erste Fuß des zweiten Zwillings sichtbar wurde. Auf meine Aufforderung: „you have to help me now!“ kam nur ein Großäugiges: „I can´t“ ...



- Die Aufforderung an zwei verschiedene Hebammen, nun bei schlaffem, bradycardem Kind, sofort Dr. Mecki zu holen, die nicht ausgeführt wurde und ich somit selbst schnell mit dem Säugling zur NICU rannte ...
- Die Situation, in der ich einer Frau bei der Entbindung zur Seite stand, weil die einzige Hebamme gerade eine andere Schwangere zur Sectio begleitete ...
- Personalmangel ohne Ende ...
- Wassermangel und die damit einhergehenden hygienischen Bedingungen ...
- Kulturelle Unterschiede ...

Ach, Ihr alle, die Ihr dort wart, wisst, wovon ich spreche.

Ihr wisst aber auch von dem Glanz in den Augen der Menschen, von ihrer Freundlichkeit, ihrer Dankbarkeit, von ihrer Gastfreundschaft und Verbundenheit, von diesem Land, das einen nicht mehr loslässt. Es ist schon ein Geschenk, dort sein zu dürfen.

Yekenyelai
Hebamme Silke

Technische Arbeiten *Stefan*

Im fünften Jahr in Mendefera steht inzwischen nicht mehr das Herrichten der Räume und deren Ausstattung im Vordergrund. Außer der einen oder anderen Ausstattungsergänzung und kleinen Verbesserungen geht es mehr um Erhalt und Reparatur in Räumen und am medizinischen Equipment.

Unterstützt wurde unser Team dabei an drei Tagen in bewährter Art durch Hans-Georg. Und wieder wurde Einiges geschafft.

In NICU und PICU war bisher nur der Kabelkanal mit seinen Steckdosen im durch Solaranlage und Notstromaggregat besicherten Stromkreis eingebunden. Bei Netz-

stromausfall gab es so kein Licht. Und man half sich mit der in den Kabelkanal einzusteckernden aber stromfressenden OP-Lampe. In jedem Raum wurde jetzt eine Röhrenlampe, angebunden an den besicherten Stromkreis, montiert.

In der Geburtshilfe wurde der Geburtsraum weiter verbessert. Dafür wurde ein mitgebrachter Geburtsstuhl montiert - beim alten fehlte eine Fußstütze und auch der Gesamtzustand war eigentlich unzumutbar -, der besicherte Kabelkanal erweitert und ein Erstversorgungsplatz bestehend aus einfachem Wärmebett und Wärmestrahler eingerichtet.



Stefan im verbesserten Geburtsraum

Auch im OP-Raum der Geburtshilfe wurde ein gleichartiger Erstversorgungsplatz eingerichtet.

Kleinere Verbesserungen an verschiedenen Stellen konnten durch Montage von Kleiderhakenleisten, Türarretierungen und Regalen sowie durch Ergänzung von Kabelkanalsteckdosen erreicht werden.

Obwohl Nicht-Medizintechniker wagten wir uns auch immer an kleinere Reparaturen an der medizinischen Ausstattung. Oft liegen nur kleine Defekte an Zuleitungen vor oder Sicherungen oder Akkus müssen getauscht werden. Diesmal konnten zum Beispiel vier Wärmebetten, ein Pulsoximeter und zwei OP-Lampen wieder in Betrieb genommen werden.

Trotzdem wünschen wir uns an der Stelle professionelle Unterstützung.

Beim Thema Stromversorgung für die externe Brunnenpumpe zur Wasserversorgung – das Thema ist oben angesprochen – kommen wir leider trotz vieler Bemühungen nicht weiter. Das Krankenhaus in Mendefera hat seit Mitte 2012 bis auf kleine Mengen, die zweimal pro Woche mittels dieselbetriebenen Notstromaggregats gepumpt werden, kein Wasser. Und da fehlt es meist an Diesel oder das Aggregat ist defekt. Immer neue Zusagen, Hinhalten, Bürokratie – ein frustrierendes Thema - gerade, wenn man sieht: Die neue Stromtrasse ist fast vollständig erstellt, ein neuer Trafo steht. Es ist absolut unverständlich, woran es hängt!

Trotz aller Hindernisse überwiegt aber die Freude über eine aus unserer Sicht gut funktionierende NICU und PICU und eine sich auf einem guten Weg befindliche Geburtshilfe - alles erreicht im schönen Miteinander mit unseren eritreischen Freunden.



Das Mendefera-Team

Möglich ist das alles nur durch viele Spender und Helfer, insbesondere durch die Else Kröner-Fresenius-Stiftung, die unser Projekt schon seit 2011 unterstützt.

Vielen Dank an alle!

Wie immer erwarten wir jetzt schon wieder mit Freude und Spannung unseren nächsten, den dann 10. Einsatz!

Oldenburg, 17.02.2016

Mechthild Schulze Becking

Marianne Reinke

Stephi Kruse

Silke Neidig

Stefan Brückner