

Einsatzbericht Neonatologie Asmara Ward A, 28.10.-11.11.2016

Dr. Tanja Karen, Dr. Barbara Uebe, Dr. Janine Thomann, Monika Bach, Beate Schneider

Da Qatar-Airways den Flugplan kurzfristig geändert hatte, traf unser Team an drei aufeinanderfolgenden Tagen in Asmara ein. Die „Vorhut“, Beate und Barbara, fand bei ihrer Begrüßungsrunde eine ruhige, entspannte, saubere Station vor; wenige Patienten und ein fast leeres Infektionszimmer. Die Wiedersehensfreude war groß – es war wie „heimkommen“.

Auch nach Eintreffen des restlichen Teams war bei unserer eritreischen „Staff“ die Freude zu spüren, uns alle wieder zu sehen. Die Lust, mit uns wieder zusammenzuarbeiten, freute uns sehr. Das Team ist weiterhin sehr konstant, in Eritrea überhaupt keine Selbstverständlichkeit und eine der grossen Stärken von Ward A. Bevor wir uns aber an die Arbeit machten, besprachen wir mit Elsa die Situation auf Station und aktuelle Probleme, glichen ihre Bedürfnisse und Wünsche mit unseren Zielen ab und planten gemeinsam unseren Einsatz. Zwei große Wünsche Elsas waren das Wiederauffrischen der Pflegestandards und „Bedside – Teaching“. Ihr Plan war: jede eritreische Pflegende bekommt eine „Bedside-Partnerin“ für einen Vormittag zugeteilt.

Die Ärzte wurden von Dr. Zemichael herzlich begrüßt. Obwohl er einen Tag zuvor die Absage für einen Vortrag mit Auslandsaufenthalt in Zambia bekommen hatte, war er erstaunlich gefasst und aufgeschlossen.

Während diesem Einsatz legten wir unseren Schwerpunkt auf folgende Themen:

- **Ernährung**
- **Hygiene**
- **Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe**



Ernährung/ Stillförderung

Eine ausreichende Versorgung der Neugeborenen mit Nährstoffen ist für Gedeihen, Wachstum und Entwicklung zentral. Bei unserem letzten Einsatz waren uns eine teilweise sehr langsame Gewichtszunahme oder Stagnieren des Gewichtes sowie die inexistente Dokumentation der Ernährung aufgefallen. Deshalb beschäftigten wir uns während dieses Einsatzes intensiv mit diesem Thema und versuchten, die Ernährungssituation der Kinder zu optimieren.

Erfreulicherweise waren meisten Mütter in diesem Jahr besser genährt, was wohl auch der guten Ernte nach einer guten Regenzeit zu verdanken war.

- **Ernährung der Mütter**

Zum einen setzten wir bei einer ausreichenden Ernährung und Hydrierung der Mütter an, als Voraussetzung für eine gute Produktion von Muttermilch. Wir organisierten zweimal täglich einen Transport von Getreidesuppe zur Unterkunft der Mütter. Die Suppe wird in der Krankenhausküche gekocht. Nach anfänglichem Beschnuppern der ‚Köstlichkeit‘ wurde die Suppe gut angenommen und von fast allen Müttern regelmässig getrunken. Die Suppe enthält viele wertvolle Inhaltsstoffe wie Eiweiß, Kohlenhydrate, Mineralstoffe und Vitamine.

Auf die Nachfrage, ob das von Humana gespendete ‚piulatte plus‘ (pflanzliches Präparat zur Förderung der Muttermilchproduktion) Verwendung findet, erzählte Elsa, dass dieses Produkt von den Müttern sehr geschätzt und eine merkbare Wirkung auf die Milchbildung beobachtet wurde. Elsa verteilte die kleinen Schachteln und legte sie in den Bettchen für die Mütter bereit.



- **Stillhäufigkeit überprüfen**

Um die Milchbildung gut in Gang zu bringen, ist es nötig, die Babys oft anzulegen. Es war erfreulich zu sehen, dass die Mütter zuverlässig alle 3 Stunden auf die Station kamen, um ihre Kinder zu stillen oder die Brust auszustreichen und anschließend ihr Baby mit dem Becher zu füttern. Bei Problemen waren die Schwestern sofort zur Stelle und kümmerten sich.

- **Anreicherung der Muttermilch**

Frühgeborenen und untergewichtigen Neugeborenen benötigen eine zusätzliche Supplementation der Muttermilch mit Energie und Proteinen. Auf Ward A wird die Muttermilch bei dieser vulnerablen Population darum ‚FMS‘ angereichert. Durch intensive Schulung und die Lieferung eines ausreichenden Vorrates möchten wir Elsa und ihr Team motivieren, das Produkt weiterhin grosszügig einzusetzen.

- **Einführung des Food-Charts**

Da wir immer wieder feststellen mussten, dass oftmals nicht nachzuvollziehen war, ob und wie viel ein Baby getrunken hatte – gerade auch Babys, die nicht an Gewicht zunahmen oder noch sehr schwach waren – haben wir nach einer Lösung gesucht, die uns eine Überprüfung der Milchverabreichung leicht macht. Da die Nurses schon genügend Arbeit auf Station zu bewältigen haben, war unser Plan, die Mütter in Verantwortung zu nehmen und wir haben

eine Foodchart für die Mütter entwickelt. Auf einem laminierten Bogen kann nun die tägliche Nahrungsmenge verordnet werden und die Mütter können mit Kreuzen oder Zahlen dokumentieren, wie viel Milch sie ihrem Kind tatsächlich verabreicht haben.

Die Foodcharts wurden verteilt und den Müttern die Vorgehensweise erklärt- kein Problem am nächsten Tag waren die Häkchen gesetzt und wir hatten zum ersten Mal einen Überblick über die Milchmengen, die die Babys erhielten. Wir waren glücklich!



Mit Dr. Zemichael, dem ärztlichen Leiter der Neonatologie, besprachen wir zudem den aktuellen Stand der Wissenschaft bezüglich Nahrungsaufbau von Frühgeborenen. Ein Ziel für weitere Einsätze wären moderne und einheitliche Guidelines für den Nahrungsaufbau in allen durch Archemed unterstützten Neonatologie-Stationen.

Erfreulicherweise konnten wir während unseres Aufenthaltes beobachten, dass viele der Kinder gut an Gewicht zunahmen.

Hygiene

Eine konsequente Hygiene ist in der Neugeborenenpflege zentral – und auch auf der Wunschliste von Headnurse Elsa für Teachings klar ‚priority number 1‘.

Unser spezielles Augenmerk wollten wir bei diesem Einsatz auf folgende Punkte legen:

- Händedesinfektion
- Flächendesinfektion
- Isolationspflege



- **Händedesinfektion**

Mit Freude haben wir festgestellt, dass die Spender in den Zimmern mit Desinfektionslösung gefüllt waren und es fiel auf, dass die Spender im Einsatz waren und die Hände auch zwischendurch desinfiziert wurden. Leider wurden die praktischen kleinen Kittelflaschen mit Desinfektionsmittel, die von Silke beim letzten Aufenthalt verteilt worden waren, kaum getragen, und auch die Häufigkeit der Händedesinfektion entsprach nicht unseren Vorstellungen. Jeden Tag machten wir daher das Personal, Pflegende wie Ärzte, auf die Wichtigkeit und konkrete Durchführung der Händedesinfektion aufmerksam. Morgens trafen wir uns im Kreis zu gemeinsamen Händedesinfektion – dabei wurde viel gelacht, und wir hoffen, dass es so allen gut in Erinnerung bleibt. Zudem rüsteten wir Elsa mit genügend Material aus. Nach unzähligen Händedesinfektionsschulungen wurden die Flaschen dann deutlich häufiger benutzt, wir hoffen, dass dieser Standard aufrecht erhalten wird!



- **Flächendesinfektion**

Bezüglich Flächendesinfektion haben wir versucht, die Arbeitsabläufe der Pflegenden durch unserer Inputs zu erleichtern. So platzierten wir nach Besprechung mit dem Pflorgeteam in jedem Zimmer zwei Plastikeimer mit Flächendesinfektionsmittel und Frischwasser direkt auf der Ablage neben dem Waschbecken. Ausserdem regten wir die Pflegenden dazu an, kein Material in den Kinderbettchen zu legen, sondern ein kleines, fahrbares Tischchen zu benutzen. Für das Putzen der Absaugkatheter legten wir bei jedem Kind ein Konfitureglas mit sauberem Wasser direkt ins Bettchen. So bleiben die Reste von Nasensekret beim Kind und werden nicht von Bett zu Bett übertragen. Diese Änderungen wurden sehr schnell umgesetzt.

- **Isolationspflege**

Im sogenannten ‚Infektionszimmer‘ liegen Neugeborene, die bereits zu Hause waren und dann krank zurück ins Spital gebracht wurden. Mit Freude beobachteten wir, dass eine Pflegeperson fix in diesem Zimmer eingeteilt war und so ein hin und her zwischen ‚sauberen‘ und ‚infektiösen‘ Kindern verhindert wurde. Leider klappte die Durchführung der Schürzenpflege (Pflegende zieht im Infektionszimmer eine Schürze über) noch nicht sehr

konsequent, sodass wir die Pflegenden immer wieder daran erinnerten. Schürzen für die Mütter im Zimmer waren vorhanden und wurden zuverlässig getragen.

Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe

Eine bessere Zusammenarbeit der Teams der Neonatologie und Geburtshilfe ist ein wichtiges und sehr erstrebenswertes Ziel, die Umsetzung ist und bleibt aber schwierig. Für diesen Einsatz hatten wir uns vorgenommen, vermehrt mit den eritreischen Hebammen in Kontakt zu kommen. Die gleichzeitige Anwesenheit eines Geburtshilfe-Teams aus Deutschland (Hammerforum) hat uns die Präsenz im Gebärsaal erleichtert und wir waren auch bei einigen Neugeborenen-Reanimationen anwesend.

Überprüfen der bisherigen Standards

Neben unseren Schwerpunkten repetierten wir mit dem eritreischen Team auch täglich allgemeine Standards der Neugeborenenmedizin und -pflege, was auch einem besonderen Wunsch Elsas entsprach. In der Pflege waren hier sicherlich das Management der oberen Atemwege inklusive konsequenter Nasenpflege und korrekt durchgeführtem Absaugen ein wichtiges Thema, ebenso die optimale Lagerung der Kinder. Die Pflegenden versicherten uns, dass sie die letztes Jahr eingeführte Bauchlagerung bei Kindern mit Atemnotsyndrom oder Verdauungsproblemen auch in unserer Abwesenheit weitergeführt hatten. Wir wiederholten die korrekte Positionierung. Auf ärztlicher Seite besprachen wir Themen wie Frühgeburtlichkeit, Infekte/Sepsis, Asphyxie, Hyperbilirubinämie und Dehydratation mit den Studenten sowie unserem schon sehr versierten GP Yonathan.



Letztes Jahr hatten wir begonnen, die Eritreer mit dem Konzept der ‚Kangaroo-Mother-Care‘ vertraut zu machen. Nach Aussagen der Schwestern wurde dies in unserer Abwesenheit hauptsächlich im Inkubator-Zimmer durchgeführt, solange der Inkubator gereinigt wurde. Mit unserer Hilfe wurde das Angebot von den Müttern sehr verhalten, hinter versteckten Händen und mit scheuem Lachen, angenommen. Es wurde klar, dass wir die kulturellen Gegebenheiten akzeptieren müssen und ein solches Konzept in einem Kurzaufenthalt wohl nicht nachhaltig eingeführt werden kann.

Darüber hinaus haben wir Elsa und Dr. Zemichael Skripte ausgehändigt aus der Lehrreihe Helping Babies Survive ‚Essential care for every Baby‘, mit denen sie ihr Personal ausbilden können und Elsa haben wir noch Bildmaterial zur Gesundheitsaufklärung für die Mütter ausgehändigt. Das hat sie gleich an die Wand im Eingangsbereich befestigt, wo alle Mütter täglich vorbeikommen.

Statistik

Tanja verbrachte noch einige Stunden über dem Stationsbuch, in dem alle auf Ward A aufgenommenen Kinder mit ihren Hauptdiagnosen dokumentiert werden. Im Jahr 2015 wurden 1295 Kinder aufgenommen, die Sterblichkeitsrate lag bei 9,5%. Hauptursache dafür waren zu 41% Folgen von Frühgeburtlichkeit. Im Jahr 2016 (Stand 07.11.2016) wurden bisher 1181 Kinder aufgenommen. Die Sterblichkeitsrate beträgt nur noch 4,2%, d.h. sie konnte um 50% zum Vorjahr reduziert werden und die Sterblichkeit aufgrund von Folgen der Frühgeburtlichkeit betrug nur noch 10%. Das ist ein toller Erfolg. Auch Elsa war happy. Sie sprach voller Stolz nur noch von ihren «Inkubatorbabys». In der Tat, so haben Kinder mit einem Geburtsgewicht von knapp 1000-1300g überlebt und wir konnten einige von ihnen bei Nachfolgeuntersuchungen in der sogenannten ‚High-risk Ambulanz‘, die Dr. Zemichael einmal pro Woche macht, in einem Alter von 2-6 Monaten wieder sehen, und sie haben sich wirklich gut entwickelt. Trotz aller Freude über diese Zahlen, so bleiben Hauptprobleme wie Sepsis (Neugeboreneninfektionen), Hypothermie (Unterkühlung) und Asphyxie (Sauerstoffunterversorgung bei oder nach Geburt) weiter unverändert bestehen, an denen es zu arbeiten gilt.

Teachingnachmittag

Um den Teachingnachmittag möglichst praktisch, unterhaltsam und zielführend zu gestalten, organisierten wir ein ‚Circle Training‘ mit 5 verschiedenen Posten, die von den Pflegenden und Studenten in Kleingruppen absolviert wurden. Diese Methodik hatte sich sehr bewährt, wir beobachteten, dass auch die schüchternen oder in Englisch weniger sicheren Pflegenden aktiv daran teilnahmen. Alle, wir inklusive, hatten viel Spass dabei und es wurde viel gelacht. An den Posten wurde das Wichtigste zu Ernährung, Hygiene, Reanimation, Bauchlagerung und Temperaturmanagement intensiv repetiert und geübt. Anschliessend sassen wir alle im

Garten zusammen und die Teilnehmer erhielten ein verdientes Geschenk für ihren unermüdlichen Einsatz – nicht nur während des Circle Trainings, sondern das ganze Jahr über!



Spannende Fälle

Das Gros der Patienten auf Station machten frühgeborene und untergewichtige Kinder aus sowie Neugeborene mit Atemproblemen und Infektionen. Wir haben aber auch wieder sehr eindrückliche und seltene Krankheitsbilder gesehen. So konnte bei einem Kind mit einer Analatresie durch die eritreischen Chirurgen ein Stoma angelegt werden, wir unterstützen die einheimischen Pflegenden bei der Stomapflege. Wir sind froh zu wissen, dass dieses Kind Anfang Dezember vom kinderchirurgischen Team aus Bremen weiterversorgt wird. Zudem sahen wir viele Kinder mit schweren angeborenen Missbildungen, darunter ein Kind mit einem riesigen Hydrocephalus (Wasserkopf) bei MMC (offener Rücken). In trauriger Erinnerung bleiben uns ein Kind mit schweren Nierenfehlbildungen, das keinen Urin produzieren konnte und darum bald nach der Geburt verstarb, ein Kind mit einem Kernikterus (Extremform der Neugeborenen-Gelbsucht, die zu schwerer Behinderung führt) und ein Frühgeborenes mit einem Geburtsgewicht von 1200g, das trotz optimaler Pflege im Inkubator und mit den vor Ort verfügbaren Mitteln nach ungefähr einer Woche leider verstorben ist. Erfreulich hingegen war der Verlauf eines Kindes mit einer verschobenen Fraktur des Oberarmknochens, der durch die gleichzeitig anwesende Orthopädin Dr. Katja von dem Busche (Klumpfußprojekt) wieder gerichtet werden konnte. Ein Kind kam aus einer Gesichtslage zu Welt, die Mutter wurde über viele Stunden mit bereits eröffnetem Muttermund nach Asmara transportiert. Fast das ganze Gesicht des Kindes war eine offene

Wunde, dank intensiver und sauberer Wundpflege sah es bei unserer Abreise schon deutlich besser aus, wir hoffen, dass es so erfreulich weitergeht!



Fazit und Ausblick

Wir alle haben unseren zweiten Aufenthalt in Asmara sehr genossen. Besonders schön war es, zu spüren, wie das Vertrauen uns gegenüber zunahm und die Freundschaften vertieft werden konnten. Wir hoffen, nächstes Jahr wieder die gleichen Gesichter anzutreffen. Natürlich gab es auch schwierige Momente, insbesondere dann, wenn wir trotz optimaler Arbeit und Pflege aufgrund der beschränkten Mittel den Kindern nicht helfen konnten. Es gibt noch vieles zu tun und zu verbessern. Mut dazu macht, kleine Schritte in die richtige Richtung zu beobachten und den unermüdlichen Einsatz des Personals vor Ort zu sehen. Wir schmieden schon Pläne für unseren nächsten Einsatz in einem Jahr!



Beate Schneider und Janine Thomann für das gesamte Team, November 2016