



## **Stimuleren van zwangeren en parturiënten tot het opzoeken van professionele begeleiding**

### **Daling van het maternale sterftecijfer in ontwikkelingslanden**

Auteurs: Jessica Mezzofonte & Siegrid Van Linden

Promotoren: Chaja Devriendt & Joke Neven

Co-promotor: Goele Jans

Deze bachelorproef wordt voorgedragen tot het behalen van het diploma van 'vroedvrouw'

**Academiejaar 2013 – 2014**





## **Stimuleren van zwangeren en parturiënten tot het opzoeken van professionele begeleiding**

**Daling van het maternale sterftecijfer in ontwikkelingslanden**

Auteurs: Jessica Mezzofonte & Siegrid Van Linden

Promotoren: Chaja Devriendt & Joke Neven

Co-promotor: Goele Jans

Deze bachelorproef wordt voorgedragen tot het behalen van het diploma van 'vroedvrouw'

**Academiejaar 2013 – 2014**

## Woord vooraf

Ten einde het diploma van bachelor in de Vroedkunde te halen, kregen we als derdejaarsstudenten de opdracht om een bachelorproef te schrijven. In deze bachelorproef beschrijven we de professionele begeleiders en de manier waarop zwangeren en barenden in ontwikkelingslanden in contact komen met deze professionele begeleiders.

Graag willen we volgende personen bedanken die ons geholpen hebben bij het realiseren van ons werk. Vooreerst willen we onze promotoren Chaja Devriendt en Joke Neven, bedanken voor de feedback, het bijsturen en het nalezen van onze bachelorproef gedurende het hele proces. Daarnaast willen we ook onze co-promotor Goele Jans, danken voor de ondersteuning en praktische tips.

Verder willen we onze medestudenten Hannelore Vos en Raisa Hillen bedanken. Zij waren onze medestudenten tijdens ons buitenlands avontuur (najaar 2013, in Senegal).

Ten slotte nog een speciaal woord van dank aan onze ouders, zussen en geliefden voor hun steun en hulp bij het maken van deze bachelorproef.

Jessica Mezzofonte & Siegrid Van Linden

Juni 2014

## **Samenvatting**

### **Stimuleren van zwangeren en parturiënten tot het opzoeken van professionele begeleiding: Daling van het maternale sterftcijfer in ontwikkelingslanden**

**Mezzofonte, J., Van Linden, S., Devriendt, C., Neven, J. & Goele, J. (2014)**

Het doel van deze bachelorproef is om te achterhalen hoe professionele begeleiding toegankelijker gemaakt kan worden voor zwangeren en barenden in ontwikkelingslanden, zodat er een daling van het maternale sterftcijfer bekomen kan worden. Deze bachelorproef is tot stand gekomen door raadpleging van wetenschappelijke artikels en werd aangevuld met praktische ervaringen vanuit de buitenlandse stage te Dakar en Mbour (Senegal).

Tegen 2015 zou men vooruitgang geboekt moeten hebben omtrent de millenniumdoelstellingen, nl. op gebied van gezondheid. Concreet wil dit zeggen dat kindersterfte verminderd, maternale sterfte met driekwart daalt en een daling van het aantal HIV-infecties behaald is. Desondanks moet er besloten worden dat aan dit tempo, de doelstellingen niet behaald zullen worden tegen 2015.

Het gebrek aan toegang tot professionele begeleiding is één van de redenen waarom de millenniumdoelstellingen niet behaald kunnen worden. Jaarlijks sterven er meer dan 500.000 vrouwen ten gevolge van een complicatie tijdens de zwangerschap. 99% van deze vrouwen zijn afkomstig uit ontwikkelingslanden. Ter preventie van complicaties is de aanwezigheid van een professionele begeleider (PB) tijdens de zwangerschap, de arbeid en de bevalling een absolute vereiste. Een PB herkent de vroege tekenen van een complicatie, kan eerstelijnszorgen toedienen en indien nodig vrouwen tijdig doorverwijzen. Hoewel een PB de nodige begeleiding kan bieden tijdens de bevalling, heeft een traditionele begeleider (TB) nog steeds de voorkeur in ontwikkelingslanden.

Uit de literatuurstudie blijkt dat in ontwikkelingslanden vrouwen een PB verkiezen indien ze een oudere leeftijd hebben, tewerkgesteld, geschoold of welstellend zijn. Een zwangere zal in geval van complicaties meer toenadering zoeken tot een PB. De keuze tot het niet opzoeken van professionele begeleiding wordt voornamelijk beïnvloed door financiële moeilijkheden, de afstand tot een PB, religie en de familie.

Er kan besloten worden dat er vooruitgang wordt geboekt in het behalen van de millenniumdoelstellingen, maar onvoldoende om ze tegen 2015 te realiseren. Om daling van het maternale sterftcijfer te bekomen zijn er interventies nodig, zoals het aanwerven van PB's, gezinsplanning, het trainen van TB's, het verlenen van prenatale zorgen en financiële hulp.

## Inhoudstabel

Woord vooraf

Samenvatting

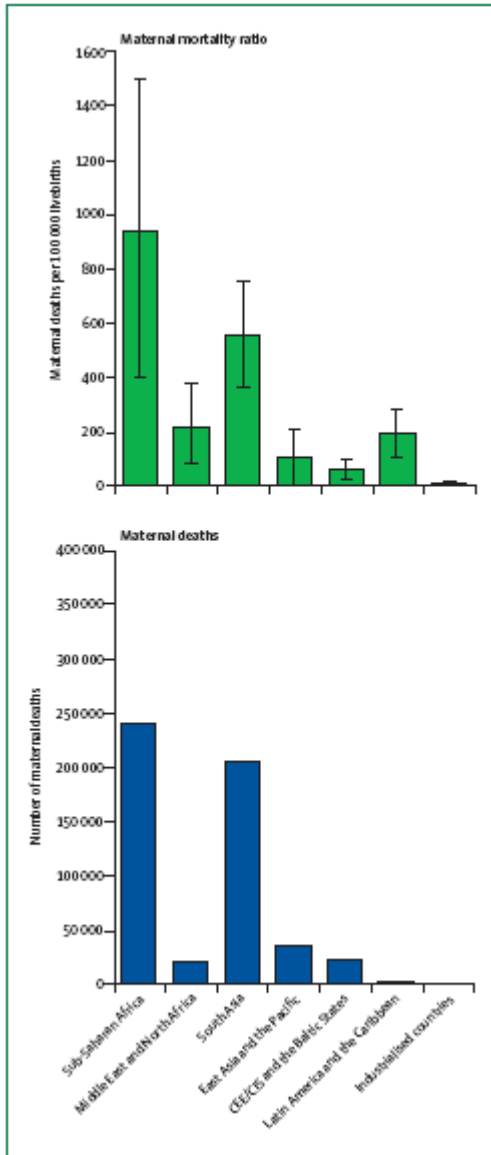
Inhoudstabel

1. Inleiding.....	1
2. Methodologie.....	3
3. De millenniumdoelstellingen (MDS).....	4
3.1. Kindersterfte terugdringen.....	5
3.2. Maternele sterfte terugdringen.....	6
4. Oorzaken van maternele sterfte.....	9
5. Professionele begeleiding (PB).....	11
5.1. Soorten professionele begeleiders.....	11
5.2. Soorten niet-professionele begeleiders.....	12
6. Opzoeken van professionele begeleiding.....	14
6.1. Waarom kiezen ze voor PB's.....	14
6.1.1. Economisch.....	14
6.1.2. Geografisch.....	16
6.1.3. Voorgeschiedenis.....	16
6.1.4. Gezondheidszorg.....	16
6.2. Waarom kiezen ze niet voor PB's.....	17
6.2.1. Economisch.....	17
6.2.2. Geografisch.....	18
6.2.3. Familiaal.....	18
6.2.4. Gezondheidszorg.....	19
7. Interventies.....	21
7.1. Trainen van TB's.....	22
7.2. Aanwerven van PB's.....	23
7.2.1. 'Making it happen'- project (Bangladesh en India).....	23
7.3. Financiële hulp.....	24
7.4. Prenatale zorgen.....	26

8. Discussie.....	29
9. Praktische aanbevelingen.....	31
10. Conclusie .....	32
Bibliografie .....	34

## 1. Inleiding

Het risico dat vrouwen sterven in ontwikkelingslanden ten gevolge van een zwangerschap of bevalling is één op zes, dit in vergelijking met één op 30.000 in het noorden van Europa (Ronsmans & Graham, 2006).



**Figuur 1: Risico maternele sterfte in ontwikkelingslanden (Ronsmans & Graham, 2006)**

Het is moeilijk aan te geven wanneer een land als een ontwikkelingsland beschouwd kan worden. De factoren om aan te geven of een land al dan niet een ontwikkelingsland is, zijn de sociale, economische, politieke en demografische factoren. De belangrijkste is de economie, die wordt volgens de Wereldbank gezien als het bruto nationaal inkomen per inwoner van een land. Op basis van dit inkomen wordt elk land geclassificeerd als een laag, gemiddeld of hoog inkomens land. Er werden in totaal 188 landen ingedeeld volgens



inkomen door de Wereldbank, die opgedeeld werden volgens hun geografisch gebied (The World Bank, 2014). In tabel 1 worden deze landen weergegeven, in de tabel kan er gezien worden hoeveel ontwikkelingslanden er zich per geografisch gebied bevinden.

**Tabel 1: Indeling volgens inkomen (The World Bank, 2014)**

<b>Geografisch gebied</b>	<b>Inkomen</b>	<b>Aantal ontwikkelingslanden</b>
<b>Oost-Azië &amp; Stille Oceaan</b>	Lage inkomenslanden	24
<b>Europa &amp; Centraal-Azië</b>	Lage – gemiddelde inkomenslanden	21
<b>Latijns-Amerika &amp; Caraïbisch gebied</b>	Gemiddelde inkomenslanden	26
<b>Midden-Oosten &amp; Noord-Afrika</b>	Hoge inkomenslanden	13
<b>Zuid-Azië</b>	Hoge inkomenslanden	8
<b>Zuid-Afrika</b>	Lage inkomenslanden	47

Toegang tot professionele begeleiding, vormt een wereldwijd probleem, maar voornamelijk in ontwikkelingslanden. In ontwikkelingslanden zijn er vele vrouwen die sterven ten gevolge van verloskundige complicaties door het gebrek aan professionele begeleiding tijdens de pre-, per- en postnatale periode. In 2010 stierven er 240 per 100.000 vrouwen (NCDO, 2013). Maternale sterftes kunnen vermeden worden door het verbeteren van de maternale gezondheidszorg en door ervoor te zorgen dat zwangeren en barenden professionele hulp zoeken (Yanagisawa, Oum & Wakai, 2006).

Zwangeren en barenden in ontwikkelingslanden hebben weinig notie over de mogelijkheden van begeleiding. Dit is meestal te wijten aan het feit dat er weinig informatie beschikbaar is, omdat ze vaak informatie aannemen zonder erbij na te denken of omdat ze geen andere mogelijkheden hebben, zoals financiële beperkingen of familiale omstandigheden (Vyagusa, Mubyazi, & Masatu, 2013). Beperkingen van deze bachelorproef zullen zijn dat er weinig professionele begeleiding is in ontwikkelingslanden, maar eerder traditionele begeleiding. Dit onderzoek zal dus enkel op de professionele kant in de ontwikkelingslanden inzoomen.

Het doel van deze bachelorproef is nagaan hoe men professionele begeleiding toegankelijker maakt voor zwangeren en barenden in ontwikkelingslanden.

## 2. Methodologie

Om een antwoord te bieden op de onderzoeksvraag werd er een literatuurstudie gedaan in de volgende elektronische databanken: ScienceDirect (837 resultaten), PudMed (214 resultaten), LIMO (1301 resultaten) en CEBAM (416 resultaten). De volgende limieten werden opgesteld: 2003 – heden. Volgende zoektermen werden gebruikt: (“professional guidance” AND “pregnancy” AND “developing countries”) OR (“access” AND “pregnant woman”). Nadat deze resultaten werden gescreend op relevantie, werden 11 artikels geïnccludeerd. Op deze artikels werd er nadien de sneeuwbalmethode toegepast. Na de verwerking van de reeds gevonden literatuur hebben de auteurs ingezoomd op artikels die een concreter antwoord boden op de onderzoeksvraag. ScienceDirect (509 resultaten), Pubmed (168 resultaten) en LIMO (3712 resultaten). Jaar: 2003 – heden. Er werd gebruik gemaakt van andere zoekstrategieën: (“maternal death” AND “interventions” AND “skilled birth attendants” AND “developing countries”). Hieruit werden 8 artikels gefilterd. Voor de overige bronnen hebben de auteurs de websites van officiële instanties geraadpleegd. Er werden uiteindelijk 19 artikels geïnccludeerd.

Voor de levels of evidence zijn de auteurs vooral op zoek gegaan naar artikels uit graad A (randomized trials en meta analyse) en B (randomized trials en non-randomized studies) om zo tot een hoog niveau van wetenschappelijk onderzoek te komen.

### 3. De millenniumdoelstellingen (MDS)

In 2000 hielden de Verenigde Naties een Algemene Vergadering, waar afgesproken werd om voor 2015 belangrijke vooruitgang te boeken op het gebied van gezondheid, armoede, onderwijs en milieu. Concreet werden er acht doelstellingen vastgelegd, 189 landen hebben de overeenkomst van de MDS ondertekend (Ronsmans & Graham, 2006; NCDO, 2013).

In deze bachelorproef werd dieper ingegaan op millenniumdoelstellingen (MDS) vier en vijf. Deze doelstellingen richten zich specifiek tot de gezondheid van moeder en kind. MDS vier focust op de vermindering van kindersterfte. Dit omvat dat tegen 2015 twee derde van de kindersterftes voor het vijfde levensjaar is gedaald ten opzichte van de 12,4 miljoen kinderen in 1990. MDS vijf houdt in dat er gestreefd wordt naar de verbetering van de gezondheid van moeders. Concreet moet het maternale sterftecijfer met driekwart dalen tegen 2015 en dit ten opzichte van 1990, toen stierven er 440 per 100.000 vrouwen. Tegen 2015 moet ook verbetering van de toegang tot reproductieve gezondheid bekomen zijn (Byrne & Morgan, 2011; NCDO, 2013).

MDS vijf stelt dat de afname van maternale sterfte in de wereld, één van de belangrijkste doelen is op sociaal- en ontwikkelingsvlak. Voor elke vrouw die sterft zijn er 20 anderen die lijden aan infecties, verwondingen en arbeidsongeschiktheid. Dit komt vooral voor in de landen met een gemiddeld en laag inkomen. Deze drama's hadden kunnen vermeden worden als de vrouwen toegang hadden gehad tot medische zorg tijdens hun zwangerschap, bevalling en postpartum. De gebieden die hier het zwaarst door worden getroffen, zijn Azië en Zuid-Afrika. Samen zijn zij verantwoordelijk voor 93% van de maternale sterfgevallen (Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012).

Om MDS vijf te evalueren wordt er gebruik gemaakt van twee indicatoren, namelijk de maternale sterfte en het aantal geboortes die worden begeleid door een professionele begeleider. Deze aanwezigheid van professionele begeleiders bij de geboorte vereist twee belangrijke componenten: een medisch opgeleide verloskundige en een omgeving waarin apparatuur en medicatie beschikbaar is. Een subdoel van MDS vijf is om tegen 2015, 90% van alle bevallingen te laten plaats vinden in aanwezigheid van een opgeleide verloskundige (Vieira et al., 2012; Utz et al., 2013). Utz et al. (2013) tonen echter ook aan dat niet alle zorgverleners, die een bevalling begeleiden, ook effectief opgeleide verloskundigen zijn.

Overheden zijn dikwijls niet bewust van het probleem dat er een gebrek is aan een overeenstemming tussen training, prestaties en regelgeving. Daarom zijn duidelijk vastgestelde richtlijnen met een omschrijving van de desbetreffende rol en de hieraan gebonden verantwoordelijkheid nodig, dit voor iedereen die maternale zorgen verstrekt.

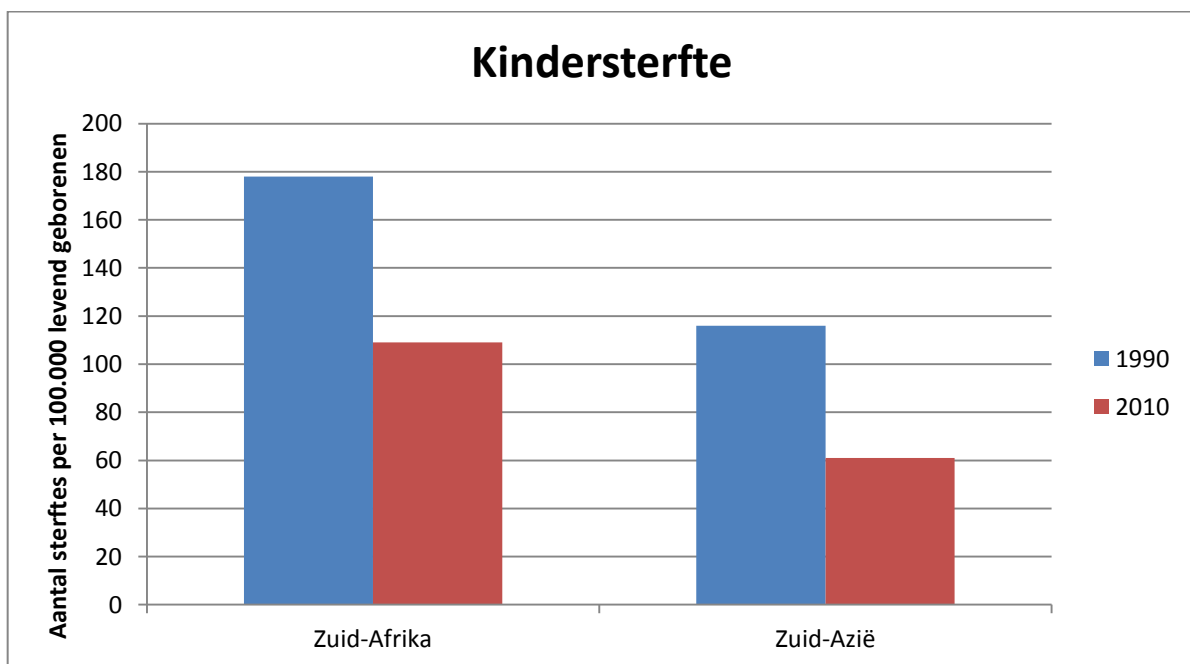
Politiekers, VN-agentschappen en beroepsinstanties hebben de macht om MDS vijf te bereiken en hiervan moeten zij gebruik maken (Campbell & Graham, 2006).

Utz et al. (2013) hebben aangetoond dat er een positieve relatie bestaat tussen de aanwezigheid van een opgeleide verloskundige tijdens de geboorte en een afname van het maternale sterftcijfer. Er kan besloten worden dat de aanwezigheid van een opgeleide verloskundige succesvol kan zijn, maar het is noodzakelijk dat ze de nodige vaardigheden en kennis bezit. Dus is het een grote uitdaging voor overheden van arme landen om de toegang tot verloskundige hulp te verbeteren (Mbaraku et al., 2009).

### 3.1. Kindersterfte terugdringen

De Nationale Commissie voor internationale samenwerking en Duurzame Ontwikkeling (NCDO) beschrijft dat veel kinderen overlijden aan ziektes die voorkomen of te genezen zijn zoals diarree, longinfecties en malaria. De voornaamste reden hiervoor is het gebrek aan toegang tot medicatie, vaccinaties, goede gezondheidszorg en hygiëne (NCDO, 2013).

Kindersterfte in de eerste week na de geboorte is verantwoordelijk voor 40% van het sterftcijfer van kinderen jonger dan vijf jaar. Figuur 2 geeft een duidelijk beeld over het sterftcijfer in Zuid-Afrika en Zuid-Azië, tussen 1990 en 2010, waar het grootste aantal kindersterftes plaats vonden. In Zuid-Afrika daalde het cijfer tussen 1990 en 2011 met 39%, van 178 naar 109 per 100.000 levend geboren. In Zuid-Azië daalde dit met 47%, van 116 naar 61 (de Bernis et al., 2003; NCDO, 2013).



Figuur 2: Kindersterfte (NCDO, 2013)

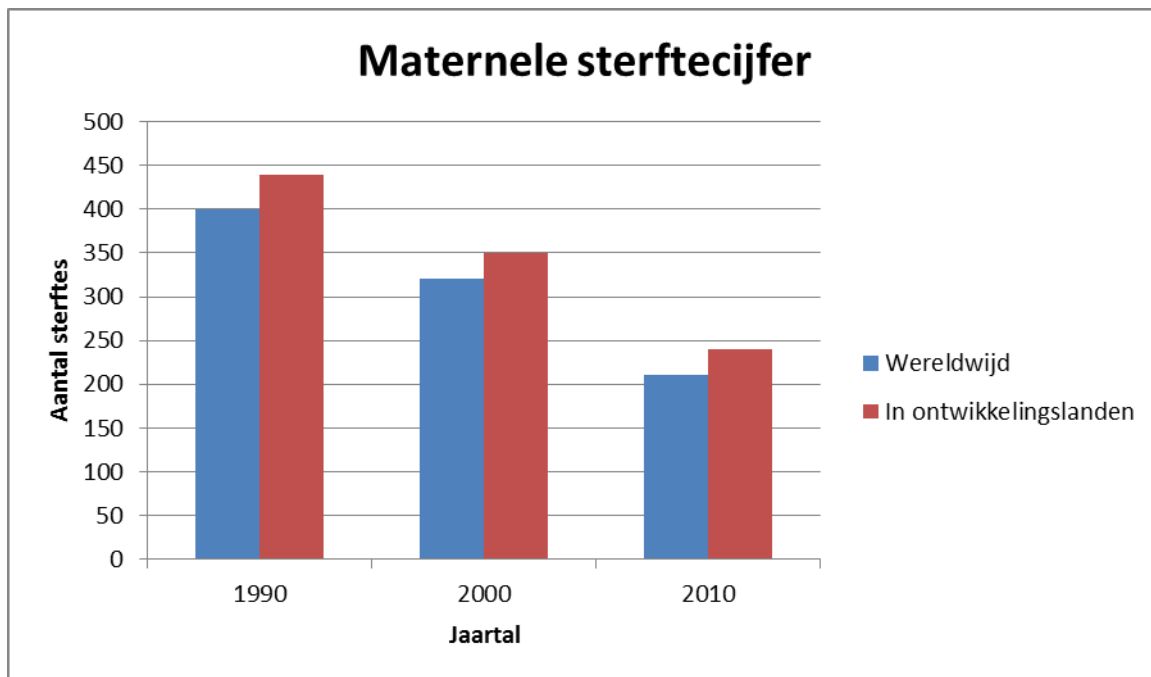
Als de geboortes dalen, daalt ook de maternale sterfte. Bijvoorbeeld in India verwacht men een reductie van 27 miljoen geboortes naar 24 miljoen, wat een daling van 9% van het maternale sterftcijfer als gevolg zou hebben. In het zuiden van Afrika daarentegen verwacht men een stijging van de geboortes met 43%. Dit zorgt potentieel voor meer obstetrische risico's en overvolle materniteiten, wat automatisch zal resulteren in een stijging van het maternale sterftcijfer (Ronsmans en Graham, 2006).

*“In Dakar (Afrika), hebben wij kinderen gezien die reeds intra-uterien overleden waren, gestorven na de bevalling en werden binnen gebracht in een mand en baby's die sterven in het onmiddellijke postpartum. Er werd door de vroedvrouwen bij iedere overleden baby een afstandelijke en zelfs afstotende houding aangenomen. De baby werd zo min mogelijk aangeraakt. Als de baby werd gegeven aan de vader (dit is volgens hun cultuur) vertoonden de vroedvrouwen een gezicht van afkeer. Er wordt met de moeder niet gepraat over haar overleden kind, dit moet de vader meedelen. De vroedvrouwen toonden weinig respect en behandelen de baby als een voorwerp.”*

### **3.2. Maternale sterfte terugdringen**

Maternale sterfte wordt volgens de World Health Organisation (WHO) als volgt gedefinieerd: “... het overlijden van een vrouw tijdens de zwangerschap of binnen de 42 dagen na de beëindiging ervan, op eender welke locatie of duur, van eender welke oorzaak, veroorzaakt of verergerd door de zwangerschap of door de zorgen die zij met zich meebracht, maar noch accidenteel noch toevallig” (WHO, ICM, & FIGO, 2004).

In figuur 3 wordt er een duidelijk beeld van het aantal maternale sterftes wereldwijd en in ontwikkelingslanden weergegeven. In 1990 stierven er per 100.000 bevallingen, 440 vrouwen in ontwikkelingslanden, tijdens de zwangerschap of bevalling. Dit cijfer was in 2010 reeds gedaald tot 240 per 100.000 vrouwen (NCDO, 2013).



**Figuur 3: Maternale sterftecijfer (NCDO, 2013)**

Vooruitgang werd reeds geboekt door de focus te leggen op de vier primaire pijlers, namelijk gezinsplanning, het verbeteren van de toegang tot contraceptie, professionele begeleiding door meer vroedvrouwen te trainen, een betere toegang tot PB's en postnatale zorg, en het verzekeren van betere voeding en preventie van infecties (King, 2013; NCDO, 2013). Andere oorzaken van de daling van het maternale sterftecijfer die reeds werd bereikt voor 1990 is de ontdekking van de antibiotica, het ontstaan van bloedbanken die werken volgens steriele technieken en de beschikbaarheid van anesthesie. Ondanks de daling moet er helaas besloten worden dat aan dit tempo de doelstelling niet behaald zal worden in 2015 (King, 2013; NCDO, 2013).

Ronsmans en Graham (2006) besluiten dat ten zuiden van Afrika het hoogste obstetrische risico waargenomen wordt. In 2000 was in het zuiden van Afrika het maternale sterftecijfer 1000 op 100.000 geboortes. Dat is tweemaal zo hoog als dat van Azië, viermaal zo hoog als in de Caraïben en Latijns-Amerika en zelfs vijftigmaal hoger als in de geïndustrialiseerde landen. King (2013) concludeert dat zwarte vrouwen meer risico hebben op obstetrische complicaties dan blanke vrouwen, zoals placenta abruptio, eclampsie, postpartum hemorragie en placenta previa.

Vanwege onvolledige of onbetrouwbare cijfers is het exacte sterftecijfer in ontwikkelingslanden moeilijk te bepalen. Daarom is het belangrijk om het aantal bevallingen na te gaan die begeleid worden door een professionele begeleider. Dit is een cruciale factor tot het verlagen van het maternale sterftecijfer. De professionele begeleidende bevallingen in

ontwikkelingslanden kenden reeds een stijging met 55% in 2009 en 66% in 2011, echter bevielen er nog vele vrouwen alleen of zonder deskundige hulp (NCDO, 2013).

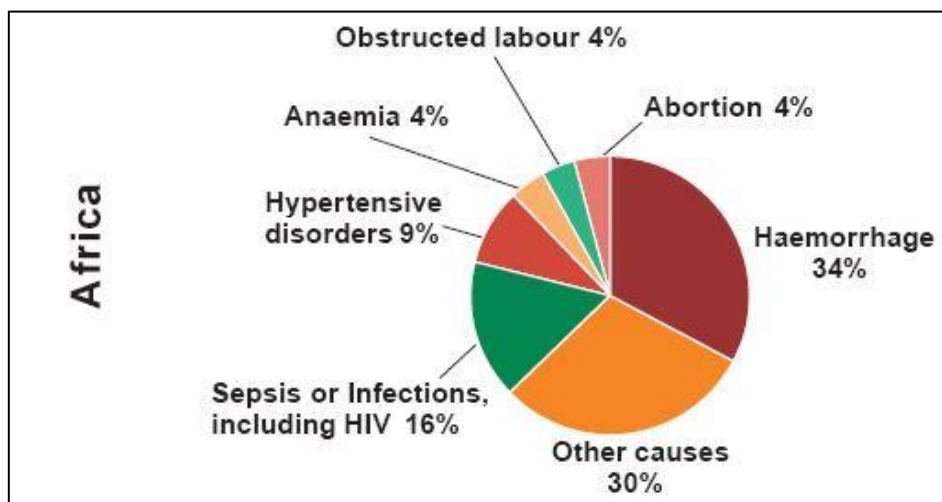
*“Er blijken enorm veel maternale overlijdens plaats te vinden in Afrika. Wij hebben geen maternale sterftes in Senegal gezien. Wij kunnen ons niet inbeelden hoe men zou omgaan met het overlijden van een moeder in het kraambed, zowel in het ziekenhuis als in de gezondheidsposten. Waar wordt zij naartoe gebracht, hoe wordt hierover gecommuniceerd met de familie, ... ?”*

*“Complicaties in het postpartum hebben we echter wel meegemaakt, zoals postpartum hemorragie, placentaire resten en hypertensie. Postpartum hemorragie werd vaak veroorzaakt door achtergebleven resten van de placenta. De kraamvrouw werd op de verlostafel geplaatst en vervolgens werd er 5 IU syntocinon in shot gegeven, waarna er een revisie en manuele placenta afhaling volgde. Dit alles gebeurde zonder enige anesthesie. Na deze ingreep volgden we consequent de parameters, baarmoederinvolutie en lochia op. In geval van hypertensie controleerden wij om de 30 minuten de bloeddruk en werd er om het uur 2,5 cc magnesiumsulfaat in shot toegediend.”*

#### 4. Oorzaken van maternale sterfte

Het risico om in ontwikkelingslanden te sterven aan een complicatie die verband houdt met de zwangerschap is 250 keer groter dan in ontwikkelde landen (de Bernis et al., 2003; Campbell & Graham, 2006).

Vieira et al. (2012) en Kruk et al. (2007) concluderen dat 80% van de maternale sterftes veroorzaakt worden door miskramen, hypertensieve aandoeningen, verlengde arbeid, postpartum hemorragie, onveilige abortus, sepsis en/of andere infecties, zoals seksueel overdraagbare aandoeningen. Postpartum hemorragie is de meest voorkomende doodsoorzaak en er wordt geschat dat het verantwoordelijk is voor een kwart van de maternale sterftes (Campbell & Graham, 2006). Of een vrouw al dan niet overlijdt ten gevolge van een postpartum hemorragie is afhankelijk van adequate en tijdige zorg. Het blijkt dat het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) ook een veel voorkomende oorzaak van maternale sterftes in sommige ziekenhuizen en/of gezondheidsinstellingen is (Ronsmans & Graham, 2006). Onveilige abortus draagt bij tot 13% van de maternale sterftes. In Zuid-Afrika werd de wet aangepast zodat er een ruimere toegang ontstaat tot het laten uitvoeren van een veilige abortus (Campbell & Graham, 2006). Figuur 4 geeft een duidelijk overzicht van de oorzaken van maternale sterfte in Afrika.



Figuur 4: Oorzaken maternale sterfte in Afrika (WHO, 2004)

De genetische en de sociaal-economische factoren beïnvloeden het risico op maternale sterfte tijdens de zwangerschap, bevalling en/of in de postpartum periode. Echter kunnen de meeste complicaties voorkomen worden door intermitterende opvolging van het cardiotocogram (CTG) in de arbeid en door hygiënische omstandigheden, om zo foetale stress en pathologische situaties te herkennen. De meeste van deze complicaties kunnen



voorkomen worden als de zwangere toegang had gekregen tot een professionele begeleider (PB) (de Bernis et al., 2003; Kruk et al., 2007).

Een deel van de maternale sterftes vindt plaats in het ziekenhuis. Dit kan onderverdeeld worden in drie oorzaken. Een eerste oorzaak is dat vrouwen die in het ziekenhuis aankomen met complicaties die gered hadden kunnen worden als ze effectieve zorgen op tijd hadden ontvangen. Een tweede oorzaak is vrouwen die te laat arriveerden en reeds stervende zijn. Tenslotte vrouwen die binnen kwamen waarvan men een normale bevalling bij verwacht maar die vervolgens serieuze complicaties hebben ontwikkeld, op een natuurlijke wijze of door geneeskundig ingrijpen (Ronsmans & Graham, 2006).

*“We zagen regelmatig vrouwen met een postpartum hemorragie. Vlak na of binnen twee uur na de bevalling. Deze complicatie trad vaak op als gevolg van ‘GATPA’ (Gestation Active de la Troisième Periode de l’Accouchement). Hierbij werden er 5 Units syntocinon intramusculair in de musculus femoralis toegediend binnen één minuut na de geboorte van het kind. De placenta werd geboren door gecontroleerde navelstrengtractie en fundusdruk uit te voeren. Het doel van GATPA is om postpartum hemorragie te voorkomen, echter hebben we vele postpartum hemorragies gezien na uitvoering van GATPA. De interventies die volgden ter behandeling van een postpartum hemorragie, waren de toediening van een nieuwe dosis 5 Units syntocinon intraveneus en een vaginaal onderzoek, waarbij werd nagegaan of er nog placentaresten aanwezig waren in de uterus. Dit onderzoek werd op een hele bruuske manier gedaan zonder enige verdoving. De vrouw werd ook niet ingelicht over wat er precies gebeurde en welke handelingen men verder ging stellen.”*

## **5. Professionele begeleiding (PB)**

Een PB is een erkende zorgverlener, namelijk een vroedvrouw, arts of verpleegkundige met een bijkomende verloskundige studie, die opgeleid en getraind is in de verloskundige vaardigheden die nodig zijn om de fysiologische ongecompliceerde zwangerschappen, bevallingen en het onmiddellijke postpartum te begeleiden. PB's kunnen de vroege tekenen van complicaties vaststellen, eerstelijnszorgen toedienen en ze kunnen vrouwen zo snel mogelijk doorverwijzen (WHO, ICM, & FIGO, 2004; Yanagisawa, Oum, & Wakai, 2006; Utz et al., 2013).

PB's moeten ondersteund worden door een stelsel van de gezondheidszorg dat een omgeving biedt, waarin het beleid en juridische infrastructuur centraal staan, met een systeem waarin men vlot kan doorverwijzen. Een PB, die deskundige zorg verleent, zal zo bijdragen tot het bereiken van de MDS vier en vijf (de Bernis et al., 2003; Campbell & Graham, 2006).

Een PB moet niet enkel samenwerken met andere zorgverleners en mensen van het obstetrische team, maar ook met anderen die zorg verlenen, namelijk de traditionele begeleiders (TB's), de familie van de zwangere en de traditionele genezers. De traditionele genezers hebben een belangrijke culturele en sociale rol. Ze vergemakkelijken de toegang tot een PB en tot doorverwijzende zorg. Deze multidisciplinaire samenwerking moet echter wel gebaseerd zijn op wederzijds respect en vertrouwen (de Bernis et al., 2003).

De Bernis et al. (2003) stellen dat PB's het best geplaatst zijn om de veiligheid en overleving van zwangeren en hun kinderen te garanderen. PB's bezitten vroedkundige skills. Daarnaast zijn ze getraind om te handelen bij normale zwangerschappen, geboorte en de postnatale periode. Ze herkennen complicaties, zodat de vrouw snel kan doorverwezen worden. Indien nodig kunnen zij de eerste zorgen bieden in obstetrische noodsituaties.

### **5.1. Soorten professionele begeleiders**

Vroedvrouwen (inclusief verpleegkundige vroedvrouwen) zijn personen die naar behoren regelmatig hebben deelgenomen aan een educatief programma, dat erkend werd in het land waar het programma werd gegeven. Deze zorgverleners hebben met succes de studie verloskunde volbracht en zijn geregistreerd en/of hebben een legale licentie in de verloskundige praktijk behaald (WHO, ICM, & FIGO, 2004).

De WHO, ICM en FIGO (2004) besluiten dat er ook verpleegkundigen zijn met verloskundige vaardigheden. Dit zijn verpleegkundigen die verloskundige vaardigheden en kennis hebben

verworven. Deze hebben ze verworven doordat verloskunde een deel uitmaakte van de opleiding verpleegkunde, of door het volgen van een verloskundige training na de studie verpleegkunde.

Naast de vroedvrouwen en de verpleegkundigen zijn er ook de artsen. De artsen hebben verloskundige vaardigheden verworven door specialisatie en training. Dit hebben ze aangeleerd gekregen tijdens de opleiding van de studie geneeskunde, of als onderdeel van een cursus waarin ze de verloskundige skills aangeleerd hebben (WHO, ICM, & FIGO, 2004).

Ten slotte stellen de WHO, ICM en FIGO (2004) dat gynaecologen de hoogste in rang zijn. Gynaecologen zijn artsen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding en de behandeling van de zwangerschap, de bevalling en zwangerschapsgerelateerde complicaties. Ze zijn echter niet gespecialiseerd in geval van complicaties bij de pasgeborene. De gynaecologen hebben meestal een aanvullende specialisatie en training in het ziekenhuis gevolgd om de verloskundige vaardigheden te verwerven, en ze hebben ook een certificaat in de verloskunde verkregen.

## **5.2. Soorten niet-professionele begeleiders**

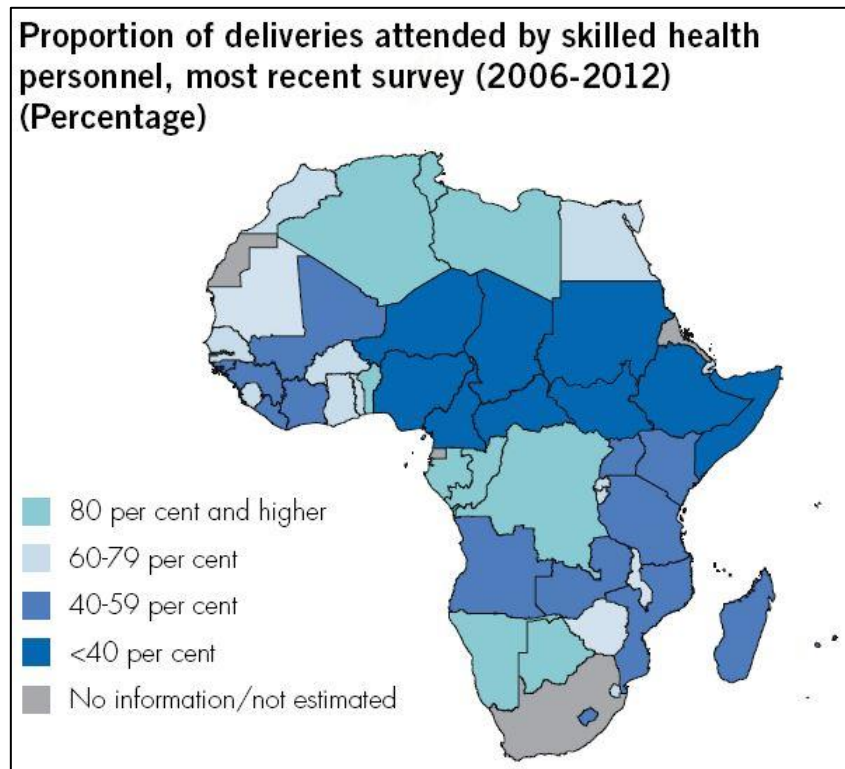
Een traditionele begeleider (TB) is volgens het Expert Comité van de WHO een persoon die de moeders begeleidt tijdens de bevalling. Deze vrouw heeft in de eerste instantie een aantal vaardigheden verworven door middel van stage bij andere TB's en door het bijstaan van moeders tijdens de bevalling (Vyagusa, Mubyazi, & Masatu, 2013).

TB's kunnen de rol van PB uitvoeren indien ze meer getraind worden in de verloskundige vaardigheden. Voor sommige vrouwen zijn TB's de enige bron van prenatale begeleiding. TB's kunnen een rol spelen in de maternele gezondheidszorg en ze kunnen als belangrijke collega's fungeren om zo het aantal geboortes bij een PB te verhogen (WHO, ICM, & FIGO, 2004).

Volgens Utz et al. (2013) wordt er in Nepal en India bijvoorbeeld niet gesproken van PB's. In de plaats daarvan heeft men assisterende verpleegkundige vroedvrouwen die werkzaam zijn op gemeenschapsniveau. Zij genoten een opleiding gedurende 18 maanden. In Nepal zijn er ook andere gezondheidsmedewerkers voor moeder en kind, die een cursus van 15 weken met een opfrissingscursus verloskundige vaardigheden van zes weken hebben gevolgd. (Dhakal et al., 2011).

TB's zijn niet in staat om te handelen bij levensbedreigende situaties of complicaties (Campbell & Graham, 2006). Mbaraku et al. (2009) concludeerde zelfs dat uitkomsten in verband met moedersterfte beduidend slecht zijn bij TB's in vergelijking met PB's.

Jaarlijks bevallen er 45 miljoen vrouwen, twee derde hiervan wordt geassisteerd door TB's (Byrne & Morgan, 2011). Figuur 5 geeft een duidelijk beeld van het aantal bevallingen in Afrika die bijgestaan worden door PB's. In het noorden, centraal en het zuiden van Afrika worden de meeste bevallingen bijgestaan door PB's.



**Figuur 5: Verhouding van bevallingen bijgestaan door PB's (NCDO, 2013)**

*“In Dakar (Senegal, Afrika) waren er in de ziekenhuizen vele PB's werkzaam. Dit waren artsen (gynaecologen), assistent artsen, vroedvrouwen en verpleegkundigen. Zoals in de ontwikkelde landen, hebben de gynaecologen en/of artsen een hogere functie dan verpleegkundigen of vroedvrouwen. In de materniteit waren er ook verpleegkundigen, die geen enkele opleiding in de verloskunde genoten hebben. Het zetten van een episiotomie werd door de vroedvrouwen als middel gehanteerd om hun gezag te tonen in plaats van een medische indicatie, waardoor de vrouw de dupe was in dit hele machtsspel.”*

*“In Mbour (Senegal, Afrika) waren het eerder gezondheidsposten in plaats van ziekenhuizen. In deze gezondheidsposten werden vaak twee vroedvrouwen te werk gesteld waarvan één de hoofdvroedvrouw was. Verder werkten er geen PB's, maar matrones. Zij hadden geen enkele opleiding gevolgd, waardoor ze vaak verkeerd of onjuist handelden.”*

## **6. Opzoeken van professionele begeleiding**

Mbaraku et al. (2009) stelt dat er jaarlijks meer dan een half miljoen vrouwen sterven aan de gevolgen van een zwangerschap, 99% van deze vrouwen zijn afkomstig van de armste landen.

In 2010 stierven er wereldwijd, 287.000 vrouwen als gevolg van een complicatie tijdens de zwangerschap en de geboorte. Hiervan zijn er 162.000 in Zuid-Afrika en 83.000 in Zuid-Azië gestorven. De voornaamste redenen hiervoor zijn het gebrek aan toegang tot de gezondheidsinstellingen en het gebruik van deze gezondheidsinstellingen voor de bevalling. Om het maternale sterftecijfer te doen dalen zijn antenatale zorgen, begeleiding door een PB tijdens de bevalling en postnatale zorgen nodig. Om zo tijdig te kunnen ingrijpen in het beheer en de behandeling van verloskundige complicaties (Vieira et al., 2012; Nai-Peng & Siow-li, 2013).

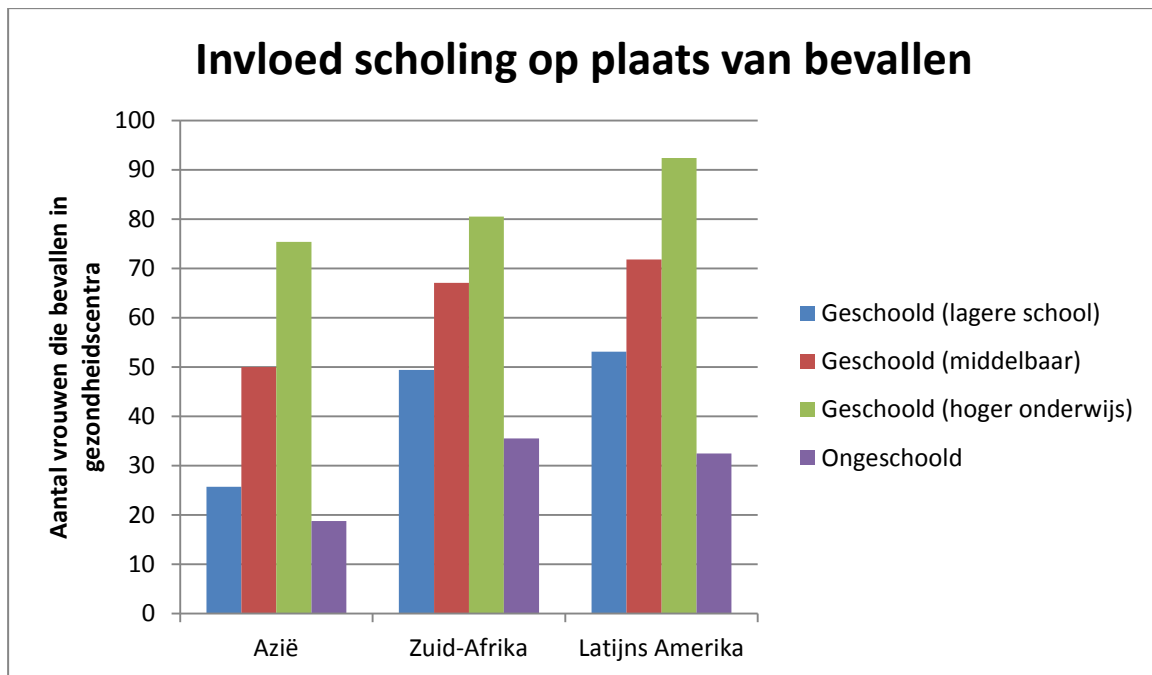
Hoewel de PB's kunnen ingrijpen en zo levens kunnen redden, hebben de TB's nog steeds de voorkeur van de gemeenschap (Byrne & Morgan, 2011).

### **6.1. Waarom kiezen ze voor PB's**

#### **6.1.1. Economisch**

Scholing was de grootste factor die het gebruik van de gezondheidszorg beïnvloedt. Van de vrouwen met een diploma basisonderwijs gaat 56% meer bevallen in een gezondheidsvoorziening in vergelijking met vrouwen zonder diploma. Dit is opmerkelijk het hoogste in de Zuid-Afrikaanse landen (Tann et al., 2007; Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012; Nai-Peng & Siow-li, 2013).

Een factor die voortvloeit uit 'scholing' is werk. Vrouwen die werken, zijn meer geneigd om in een gezondheidsinstelling te bevallen dan vrouwen die niet werken. Deze evolutie heeft gemengde effecten. In figuur 6 wordt de invloed van scholing op de plaats van bevalling weer-gegeven. Zo heeft werken een positieve invloed in Afrika, namelijk vrouwen bevallen meer in een gezondheidscentrum, maar dit heeft geen invloed in Azië. In Latijns-Amerika kende werk een klein effect. Een job geeft deze vrouwen meer bewegingsvrijheid, meer bronnen die men kan raadplegen en ze hebben meer toegang tot informatie (Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012; Nai-Peng & Siow-li, 2013).



**Figuur 6: Invloed scholing op plaats van bevallen (Guliani, Sepheri, & Serieux, 2012)**

De rijkdom van een gezin in ontwikkelingslanden, is één van de belangrijkste factoren. Vrouwen afkomstig uit het rijke gedeelte van de stad of vrouwen die wonen in de buurt van het rijke gedeelte van de stad, bevallen 2,4 keer meer in gezondheidscentra dan de vrouwen afkomstig uit de arme of bijna arme milieus. Rijke vrouwen hebben meer toegang tot verloskundige zorg en dit zowel op economisch als geografisch vlak (Guliani, Sepheri, & Serieux, 2012; Nai-Peng & Siow-li, 2013).

Guliani, Sepheri en Serieux (2012) zeggen dat wonen in het rijke gedeelte van de stad ook invloed heeft op de huishoudens. Van alle zwangeren, gaan diegenen met rijke huishoudens 3,2 keer meer bevallen in gezondheidsvoorzieningen, dit vergeleken met de lagere sociale klasse. Dit is het meest opvallend in Latijns-Amerika.

Vrouwen die in een rijke omgeving en ontwikkelde regio wonen, bevallen meer in gezondheidscentra dan plattelandsvrouwen. Bij landelijke vrouwen ligt dit anders, zo zal een gemeenschaps- of traditionele vroedvrouw beter betaalbaar en meer cultureel aanvaard zijn. Ook hebben ze minder toegang tot voorzieningen, vooral transport. Inspraak in het huishouden had ook de nodige invloed. Vrouwen met veel inspraak in het huishouden bevielen eerder in een gezondheidsinstelling dan thuis (Guliani, Sepheri, & Serieux, 2012; Nai-Peng & Siow-li, 2013).

Ook leeftijd had een invloed. Zo zullen adolescenten minder prenatale zorgen ontvangen dan volwassen vrouwen (Guliani, Sepheri, & Serieux, 2012).

### **6.1.2. Geografisch**

Het gebruik van gezondheidsinstellingen is sterk afhankelijk van de regio waarin men woont. In Bangladesh beviel maar 26,5% van de plattelandsvrouwen in een gezondheidscentrum. In Indië waren dit maar 18,2% van de plattelandsvrouwen, in Pakistan en Kenia zijn dit er 21,2%, in Nigeria 8,3% en in Tanzania 22,9% (Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012; Nai-Peng & Siow-li, 2013). Guliani, Sepheri en Serieux (2012) stellen dat er maar 18,2% van de plattelandsvrouwen in een gezondheidscentrum bevielen. Hieruit wordt geconcludeerd dat het gebruik van gezondheidsinstellingen sterk afhankelijk is van de regio waar men woont.

### **6.1.3. Voorgeschiedenis**

Nai-Peng en Siow-li (2013) stellen vast dat de pariteit van de vrouwen een bepalende factor is in de keuze van de plaats van de bevalling. Primipara's bevallen eerder in een ziekenhuis of een gezondheidscentrum, in tegenstelling tot multipara's. De voornaamste reden die de multipara's aangaven, was een slechte ervaring met een ziekenhuis of een gezondheidscentrum. Hierdoor verkozen ze eerder om thuis te bevallen bij de volgende partus(sen).

Als de vrouwen al eerder bevallen zijn bij een niet-professionele begeleider, dan zijn ze eerder geneigd om bij dezelfde persoon thuis te bevallen. Daarom is het bij primipara's belangrijk om de PB te promoten (Campbell & Graham, 2006; Yanagisawa, Oum, & Wakai, 2006).

Prenatale opvolging in de voorgeschiedenis heeft ook een duidelijk effect. De invloed van prenatale onderzoeken stijgt met het aantal onderzoeken die de zwangere ontvangt. Ze zijn beter geïnformeerd (Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012).

*“Tijdens de stage was het opvallend dat er voornamelijk primipara's naar de prenatale begeleiding kwamen. In de begeleiding van de zwangere vrouwen tijdens arbeid en bevalling werden we door zowel primipara's als multipara's erg geapprecieerd.”*

### **6.1.4. Gezondheidszorg**

Indien er zich geen complicaties stellen, zal men minder geneigd zijn om naar een gezondheidscentrum te gaan. In geval van complicaties zal men veel eerder opteren voor een gezondheidscentrum. 16% van de kraamvrouwen in Nepal meldden problemen tijdens de bevalling, namelijk verlengde arbeid, retentio placenta en postpartumbloedingen (Dhakal et al., 2011). In de studie van Dhakal et al. (2011) zochten 20 van de 150 vrouwen hulp bij

gezondheidsproblemen, slechts  $\frac{1}{4}$  van de vrouwen zocht onmiddellijke hulp, terwijl sommigen twee tot zes uren wachtten om hulp te zoeken.

Mbaraku et al. (2009) melden dat er een daling van geboortes was met TB's en dit zonder inmenging van de overheid, maar simpelweg omdat de toegang en kwaliteit van gezondheidscentra stegen. Dit zorgde bij de bevolking voor meer vertrouwen in het zorgstelsel.

## **6.2. Waarom kiezen ze niet voor PB's**

In vele delen van de wereld is het maternale sterftcijfer nog steeds onaanvaardbaar hoog. Er wordt echter wel vooruitgang geboekt, namelijk een stijging in het aantal bijgewoonde bevallingen door een PB, alsook een daling in het maternale sterftcijfer in ontwikkelingslanden. Dit wil daarom niet zeggen dat er al sprake van verbetering is. In tegendeel, de toegang tot professionele begeleiding is één van de knelpunten tot de aanpassing van de maternale gezondheidszorg in ontwikkelingslanden (Vieira et al., 2012).

Economische, geografische en familiale factoren zijn de grootste beweegredenen in de toegang tot professionele hulp. De keuze tot begeleiding door een PB of een TB is daarom een zorgvuldig overwogen keuze, die door de gemeenschap gemaakt wordt (Byrne & Morgan, 2011).

### **6.2.1. Economisch**

Eén van de voornaamste redenen die beschreven wordt, is de financiële barrière. De toegang tot professionele begeleiding, en dus ook de toegang tot een gezondheidscentrum wordt bemoeilijkt door kosten, alsook de vervoerskosten (Campbell & Graham, 2006; Tann et al., 2007; Byrne & Morgan, 2011; Vyagusa, Mubyazi, & Masatu, 2013).

De financiële gevolgen van een bevalling in een gezondheidscentrum of een ziekenhuis zijn één van de belemmerende factoren. Dit is voornamelijk het geval in landen zoals Indië en Pakistan, waar er armoede heerst. Dit in tegenstelling tot Zuid-Afrika, waar er een positieve groei is in de economische situatie (Nai-Peng & Siow-li, 2013).

Vieira et al. (2012) beschrijven dat TB's één van de belangrijkste begeleiders zijn bij de bevalling, voornamelijk bij de arme populatie. Maar uit dat onderzoek werd er geconcludeerd dat er verschillen waren in gebruik van de gezondheidszorg. Als er een TB in het dorp aanwezig was, maakte men hier meer gebruik van. Als er zich PB's in het dorp bevonden, bezocht de vrouwelijke populatie hen meer voor prenatale zorgen en voor de begeleiding bij de bevalling.



In ontwikkelingslanden, zoals Nepal, werd ondervonden dat het gebrek aan gezondheidsinstellingen, personeel, maar vooral de armoede, zwangere vrouwen ervan weerhielden in het opzoeken van professionele begeleiding tijdens de zwangerschap en de bevalling. Minder dan de helft van de vrouwen mocht niet zelf beslissen over de plaats van de bevalling, deze beslissingen werden gemaakt door familieleden op basis van de kosten. Een thuisbevalling is namelijk veel goedkoper dan een bevalling in een gezondheidsinstelling of een ziekenhuis (Dhakal et al., 2011).

### **6.2.2. Geografisch**

Geografische bereikbaarheid is een belangrijke factor in de toegang tot professionele begeleiding en het bijzijn van een PB tijdens de bevalling. Geografische bereikbaarheid heeft prioriteit op de economische toegang. De leeftijd van de vrouw heeft ook een invloed tot deze keuze. Jongere vrouwen zijn eerder geneigd om in gezondheidscentra of ziekenhuizen te bevallen, dan oudere vrouwen (Campbell & Graham, 2006; Yanagisawa, Oum, & Wakai, 2006).

De toegang tot een gezondheidscentrum is één van de belangrijkste factoren die in acht wordt genomen bij het maken van de beslissing of er een PB aanwezig is bij de bevalling of niet. Alsook de locatie van een gezondheidscentrum, geen mogelijkheid tot het aanwezig zijn van een PB vanwege de afstand, de onwetendheid van vrouwen en hun familie over de mogelijkheden van zorgverlening pre-, per- en postnataal (Dhakal et al., 2011).

Er kan gesteld worden dat de afstand en gebrek aan transport tot een gezondheidscentrum, het opzoeken van professionele begeleiding belemmert. Vrouwen gaven aan dat ze liever thuis bevallen, zonder enige professionele begeleiding, dan in een gezondheidscentrum vanwege de lange afstand die ze moesten afleggen. Dit is voornamelijk het geval in landen zoals Kenia, Tanzania en Nigeria (Tann et al., 2007; Nai-Peng en Siow-li, 2013).

*“Sommige zwangeren moesten een hele afstand afleggen, voordat ze een gezondheidsinstelling konden bereiken. Met gevolg dat de vrouw er niet altijd tijdig kon geraken en thuis of langs de weg moest bevallen. Dit resulteerde in kinderen die binnen gebracht werden en vol zand hingen of zelfs kinderen die reeds overleden waren.”*

### **6.2.3. Familiaal**

Vele vrouwen bevallen bij een TB in plaats van bij een PB. Deze keuze wordt vaak beïnvloed door een TB, hun echtgenoten, familieleden, het gebrek aan transport of inadequate geneesmiddelen (Mbaraku et al., 2009). Een TB wordt vaak door de schoonfamilie gekozen,

vanwege de bereikbaarheid van TB's, de lagere kostprijs in tegenstelling tot PB's en omwille van hun 24-uurs beschikbaarheid (Wood, 2013).

Dhakal et al. (2011) en Vyagusa et al. (2013) toonden aan dat 50 procent van de vrouwen in Nepal, zelf beslisten over de plaats van bevalling. Echter 49% kon dit niet. Bij 30% van deze vrouwen beslisten de schoonmoeders en bij 19% beslisten de echtgenoten. Vele van deze beslissingen werden gemaakt op basis van financiële redenen. De vrouwen die zelf beslisten waren geschoold en sommigen hadden een inbreng in het huishouden. Deze vrouwen bevielen dan ook in gezondheidscentra en onder begeleiding van PB's. Dit in tegenstelling tot de vrouwen die geen keuze hadden. Zij bevielen vaak thuis zonder enige professionele begeleiding. Soms was er wel begeleiding van oudere vrouwen met ervaring, maar vaak bevielen ze alleen zonder enige hulp. Echter zijn er ook sommige vrouwen die vanwege hun huishoudelijke verbintenissen het te druk hebben om naar een gezondheidscentrum te gaan om te bevallen.

#### **6.2.4. Gezondheidszorg**

Nai-Peng en Siow-li (2013) beschrijven dat meer dan de helft van de vrouwen in Nigeria en Pakistan en meer dan twee derde van de vrouwen in India niet bevielen in een ziekenhuis of gezondheidscentrum, omdat ze dit niet nodig vonden. Agus en Horiuchi (2012) bevestigen deze resultaten, waar de vrouwen uit Indonesië TB's verkozen boven PB's vanwege hun geloof. Andere redenen zoals een plotselinge en onverwachte bevalling, het geloof en de gewoonten van een gemeenschap zijn een knelpunt in het opzoeken van professionele begeleiding. In Kenia is het bijvoorbeeld niet de gewoonte dat een vrouw in een gezondheidscentrum of een ziekenhuis bevalt. Echter zijn het gebrek aan faciliteiten en het weinige vertrouwen in een gezondheidsinstelling, redenen waarom men niet in een gezondheidsinstelling, en dus ook niet bij een PB bevalt.

Dhakal et al. (2011) en Vyagusa et al. (2013) bevestigen dat vrouwen weinig vertrouwen hebben in de kwaliteit van de zorgen. Daarnaast is er onvoldoende beschikbaarheid van middelen, zoals medicatie. Het is volgens deze auteurs één van de meest waarschijnlijke redenen waarom vrouwen niet naar gezondheidscentra gaan.

In ontwikkelingslanden, zoals Tanzania, werd er onderzoek gedaan naar de tevredenheid van de vrouwen over hun bevalling en de ervaring van de bevalling. Slechts een vijfde van de vrouwen die begeleid werd door een TB, was zeer tevreden. Dit in tegenstelling tot twee derde van de bevolking in Tanzania, die zeer tevreden waren over de professionele begeleiding in een gezondheidscentrum. Over de gehele populatie vrouwen, vond 23,1% dat TB's over slechte vaardigheden beschikten. Hiervan waren 5,6% van de vrouwen

ontevreden over de verpleegkundigen en de artsen, en 18,1% vond dat de TB's weinig inspanningen deden om kwalitatieve zorgen te bieden tijdens en na de zwangerschap (Mbaraku et al., 2009).

Prenatale zorgen hebben ook een invloed op het opzoeken van professionele begeleiding. Guliani et al. (2012) stellen dat vrouwen uit Afrika en Azië veel minder geneigd zijn om te bevallen in een gezondheidsvoorziening als ze geen prenatale zorgen hebben ontvangen. In Latijns-Amerika daarentegen zijn prenatale controles afhankelijk van de pariteit van de vrouw. In vergelijking met primipara's, gaan 54% van de multipara's die zwanger zijn van een tweede kind, niet op prenatale controle. Dit percentage daalt tot 79% vanaf vijf kinderen of meer.

## 7. Interventies

Overheden hebben te lang gewacht om op te starten met systemen voor het omgaan met obstetrische noodsituaties. Gezondheidsmedewerkers kunnen het maternale sterftcijfer onder de politieke aandacht brengen en acties ondernemen, die een positieve invloed hebben op het zorgstelsel. Er moet duidelijk gemaakt worden aan de overheid dat er moet gewerkt worden aan de daling van het maternale sterftcijfer. Dit niet enkel in de eerstelijnszorg, maar ook in andere zorginstellingen. In de zorgcentra in ontwikkelingslanden is er weinig kennis en materiaal omtrent reanimatie en slechte kwaliteit van zorg wat leidt tot maternale sterfte (de Bernis et al., 2003).

Guliani et al. (2012) stellen dat er vier interventies essentieel zijn om het maternale sterftcijfer te doen dalen, namelijk opgeleide verloskundigen of PB's aanwerven, prenatale onderzoeken, gezinsplanning en spoedhandelingen in de verloskunde aanleren aan de TB's (interventies om onmiddellijke verloskundige complicaties te behandelen, van oxytocine voor een postpartum hemorragie tot vacuümextractie en keizersneden) (Campbell & Graham, 2006).

Van deze interventies is de aanwezigheid van opgeleide verloskundigen of PB's bij de arbeid en de bevalling in ontwikkelingslanden de belangrijkste, omdat er tijdens de arbeid en de bevalling de meeste sterfgevallen plaatsvinden. Ook prenatale onderzoeken tijdens de zwangerschap verminderen het risico op maternale sterfte. Vrouwen verkrijgen dan al de informatie over de arbeid en de bevalling en de mogelijke complicaties die eraan verbonden kunnen zijn. Door deze informatie kan men een stijging van het aantal bevallingen in gezondheidscentra, alsook een vergemakkelijking van de toegang tot professionele begeleiding bekomen (Kruk et al., 2007).

Zorgverleners moeten duidelijk maken aan de overheid dat er nood is aan betere educatie van meisjes en vrouwen, dit omvat voornamelijk seksuele opvoeding, om zo bij te dragen tot een betere gezondheid van moeder en kind. Er moet een omgeving ontstaan waarin men vrouwen kan empoweren. Er is nood aan een omgeving waarin vrouwen geïnformeerde keuzes kunnen maken omtrent hun gezondheid. De lokale gemeenschap moet geïnformeerd worden. Ze moeten met hun eigen ogen zien dat de zorg die geleverd wordt, merkbare positieve resultaten heeft. De gemeenschap moet met respect en waardigheid behandeld worden (de Bernis et al., 2003).

Er zijn drie soorten beperkingen in het bereiken van gezondheidszorg, namelijk het herkennen van complicaties, vertraging in het bereiken van zorg, en ontvangen van gepaste zorgen in de gezondheidscentra (de Bernis et al., 2003; Campbell & Graham, 2006).

### **7.1. Trainen van TB's**

Training van TB's kan de houding, de kennis en het gedrag van TB's verbeteren, zodat de doorverwijzing naar professioneel begeleidende faciliteiten van de moeders vlotter verloopt. Door middel van telefoon, kaarten die zijn opgesteld voor doorverwijzing en radio verloopt de doorverwijzing van vrouwen met een hoog-risico zwangerschap of vrouwen in een obstetrische noodsituatie beter. Men kan deze verbeteringen bereiken door middel van opleiding. Gedurende een opleiding leren de TB's hoe ze moeten samenwerken met andere zorgverleners. Supervisie op de TB's is maandelijks tot tweemaandelijks nodig, dit om ervoor te zorgen dat de kwaliteit die de TB's bieden tijdens de zwangerschap, de bevalling en het postpartum continu is. Dit toezicht wordt geregeld vanuit de overheid (WHO, ICM & FIGO, 2004; Byrne & Morgan, 2011).

Byrne en Morgan (2011) stelden dat de training van TB's zorgde voor een stijging van de aanwezigheid van PB's bij thuisbevallingen en in het ziekenhuis. Gedurende de afgelopen 7 jaar werd er een stijging waargenomen van 53% naar 75%. De supervisie van de TB's speelden hierin een zeer grote rol. De WHO heeft reeds in trainingen geïnvesteerd. Een invloed op het maternale sterftcijfer is nog niet merkbaar (Vieira et al., 2012).

In ontwikkelingslanden waar een PB aanwezig is, is het sterftcijfer al gedaald tot 50 op 100.000 vrouwen (Dhakal et al., 2011).

Wood (2003) beschrijft dat er in Bangladesh, in 1998, TB's werden opgeleid. Deze opleiding werd echter stopgezet, omdat er geen daling kon bekomen worden van het maternale sterftcijfer. De opleiding had namelijk enkele tekortkomingen, zoals de zwakke selectie van stagiaires voor de opleiding, een inadequate curriculum en onvoldoende toezicht. De WHO en de Verenigde Naties hebben daarna een nieuwe opleiding opgericht, die gericht was tot professionele opgeleide vroedvrouwen. Het doel van deze opleiding is het verminderen van het maternale sterftcijfer in ontwikkelingslanden door middel van training van PB's tot een hoger niveau. De criteria die gesteld werden om een PB te worden, waren de leeftijd (21-45 jaar), een positieve houding en een gepast niveau van de opleiding. Het trainen van PB's zal in de toekomst veel tijd en inspanning kosten.

## **7.2. Aanwerven van PB's**

In Bangladesh werden PB's ingezet om maternelle gezondheidszorg en postpartum zorg te verlenen, alsook thuisbevallingen te begeleiden en complicaties door te verwijzen naar een ziekenhuis. Deze PB's werkten samen met TB's en andere gezondheidsmedewerkers. Concreet betekende dit dat de focus lag op interventies om vroedvrouwen dichterbij de gemeenschap te brengen, namelijk de vroedvrouwen trainen zodat deze werkzaam konden zijn in één of meerdere dorpen. In deze dorpen hadden ze de taak om zorgen toe te dienen, geboortes te begeleiden, de gezondheidszorg te promoten en samenwerken met TB's om zo gecompliceerde casussen door te refereren naar dichtstbijzijnde gezondheidscentra en/of ziekenhuizen (Vieira et al., 2012).

Vieira et al. (2012) ondervonden dat het risico op sterftes, ten gevolge van verloskundige complicaties, in de regio waar de interventie plaatsvond, lager was dan in de onderzoeksregio waar het programma jaren geleden startte. Ondanks de interventie vonden er nog vele thuisbevallingen plaats zonder enige professionele begeleiding. De meest voorkomende oorzaken hiervoor waren de afstand tot de vroedvrouwen, huishoudelijke factoren en/of persoonlijke voorkeur van de familie. Dankzij deze interventies werd er een daling van de aanwezigheid van TB's bij de geboortes en de thuisbevallingen, en een stijging van begeleide geboortes door getrainde verloskundigen of PB's, die plaatsvonden in gezondheidscentra en/of ziekenhuizen gezien.

Laaggeschoolde of ongeschoolde zwangeren en barenden, die in de dorpen woonden, waar de vroedvrouwen getraind en gevestigd waren, waren meer geneigd om op prenatale controle te gaan en te bevallen in de instellingen waar er zich PB's of vroedvrouwen bevonden, dit in tegenstelling tot de geschoolde vrouwen. Vieira et al. (2012) stellen dat er twee interventies nodig waren om het gebruik van professionele begeleiding te verhogen, namelijk het aanwerven van PB's en het aanpakken van de financiële belemmeringen van de populatie (Vieira et al., 2012).

### **7.2.1. 'Making it happen'- project (Bangladesh en India)**

In 2009 werd het 'Making it happen'-project opgestart met als doel zowel het neonatale als het maternelle ziekte- en sterftcijfer te doen dalen. Dit door de kwaliteit en de beschikbaarheid van de zorgen die de zorgverleners gaven, te verbeteren door essentiële verloskundige vaardigheden aan te leren. De inhoud van de trainingen werd gebaseerd op de oorzaken van de maternelle sterfte. Dit project werd gecoördineerd door een team van internationale en nationale experts. De deelnemers waren zorgverleners die obstetrische zorgen verleenden, waaronder vroedvrouwen, verpleegkundigen, dokters en gynaecologen.

De cursus omvatte praktische demonstraties, rollenspelen, wetenschappelijk onderzoek en casusgericht leren. De duur van het project bedroeg twee à drie dagen, dit in tegenstelling tot andere opleidingen die gemiddeld één tot zeven weken duren, waardoor de zorverlener in lange afwezigheid is van zijn werkplek (Raven et al., 2011).

Maternale zorg vraagt om teamwork. De zorgverleners moeten op elkaar kunnen rekenen. Er moet altijd een gynaecoloog beschikbaar zijn indien er zich complicaties voordoen. De PB's moeten elkaars vaardigheden her-evalueren. Dit kan bereikt worden door trainingen te geven. In de gezondheidscentra hebben de PB's de belangrijke rol om de zorgverleners die geen ervaring hebben, of nieuw personeel, te superviseren, te trainen en te introduceren. De PB's moeten hun uitnodigen op seminaries en aanmoedigen (de Bernis et al., 2003).

Het 'Making it happen'-project stelt dat door investeringen te doen in de doorverwijzing van zwangeren en goede kennis, van onder andere reanimatie kan de kwaliteit van de zorg stijgen. Daarnaast moeten zorgverleners meer verantwoordelijk worden voor de zorg die ze verlenen. Daarom moeten de PB's ervoor instaan dat ze up-to-date blijven door het volgen van bijscholingen. De WHO is er reeds in geslaagd om 200 wetenschappelijke tijdschriften te bezorgen aan ontwikkelingslanden, waar men niet de mogelijkheid heeft om evidence based informatie op te zoeken. Van hieruit kunnen er protocollen worden opgesteld (De Bernis et al., 2003).

Tijdens het 'Making it happen'-project werden volgende onderdelen beoordeeld: de verbetering van de kennis en de skills van de verloskundigen, de reactie van de deelnemers op de trainingen, de veranderingen in het gedrag van de zorgverleners, de functionaliteit van de zorginstellingen, en de neonatale en maternale outcome. Raven et al. (2011) concludeerden dat de deelnemers het gevoel kregen dat hun enthousiasme en zelfvertrouwen geboost werd zodat ze konden omgaan met verloskundige complicaties.

Er is wetenschappelijk onderzoek nodig om met een kritische en verkennende blik de diverse problemen in de professionele zorg te bekijken (de Bernis et al., 2003).

### **7.3. Financiële hulp**

Aan de aanwezigheid van een PB hangt een financieel kostenplaatje. Het leidt wel tot een belangrijke daling van het maternale sterftcijfer (de Bernis et al., 2003).

Om de toegang tot professionele begeleiding te vergroten werden er interventies ondernomen in Bangladesh, namelijk het verkleinen van de financiële barrières voor de zwangeren en de barenden. Er werd een programma opgesteld dat ervoor zorgde dat de

arme zwangere populatie gratis toegang kreeg tot professionele begeleiding. Dit zowel prenataal, perinataal als postnataal. Alsook de verplaatsingskosten tot gezondheidscentra werden gedekt. De brochures voor dit programma werden gratis gedrukt en uitgedeeld door PB's in opdracht van de overheid (Vieira et al., 2012).

In Peru werd 'Proyecto 2000' opgestart. Proyecto 2000 had als doel de kwaliteit en het gebruik van faciliteiten voor verloskundige noodgevallen te verhogen. Daarnaast had het de taak om financiële belemmeringen aan te pakken. Vanaf 1996 werden de culturele diensten toegankelijk gemaakt en via de media en gezondheidsvoorlichting gepromoot. In 1998 werd er gestart met een verzekeringsprogramma voor maternele gezondheidszorg wat anticonceptie, bevallingen en kraamzorg subsidieerde voor vrouwen met een laag inkomen. Proyecto 2000 verbeterde de kwaliteit van de zorgen in faciliteiten voor verloskundige noodgevallen, maar het verhoogde de kans op bevallingen in de faciliteiten niet (Vieira et al., 2012).

Kruk et al. (2007) ondervonden dat als de overheid financieel bijdraagt aan de gezondheidszorg, er een stijging van het aantal PB's en het aantal keizersneden werd waargenomen. Bij een investering van 10% door de regering, steeg het aantal PB's met 37% en het aantal keizersneden met 1,48%. Dit betekent echter niets. De WHO stelt namelijk dat het aantal PB's in ontwikkelingslanden moet stijgen tot 100%, alsook het aantal keizersneden (5-15%). Hierdoor kan een daling in het maternele sterftcijfer en een verbetering in de toegang tot professionele begeleiding bekomen worden.

De minimale stijging van het aantal keizersneden werd waargenomen doordat het budget van vele regeringen te laag was. Hierdoor kon niet meer bijgedragen worden tot de verbetering van de technologische apparatuur die nodig was bij het uitvoeren van keizersneden. Echter werd er meer geïnvesteerd in training van PB's, medisch materiaal en de infrastructuur. Dit is van groot belang in de meeste ontwikkelingslanden, voornamelijk in Afrika, waar al vele decennia de gezondheidszorg het moet stellen met een minimale infrastructuur en een tekort aan gezondheidsmedewerkers en PB's (Kruk et al., 2007).

Financiering door de regering in de prenatale gezondheidszorg zorgde niet voor een stijging in het aantal prenatale controles. Het aantal prenatale zorgen kan niet meer stijgen door financiering, want het is wereldwijd al de 'standaard' tijdens de zwangerschap. Vele vrouwen in ontwikkelingslanden gaan op prenataal onderzoek vanwege de lage kosten en de lage infrastructuurvereisten. Hierdoor gaan zelfs zwangeren van het platteland minstens éénmaal op prenatale controle (Kruk et al., 2007).



*“In Senegal (Afrika) heerst er armoede. Echter is er in de hoofdstad Dakar weinig van te merken. Er bevinden zich meerdere ziekenhuizen in Dakar waar er vele PB's zijn aangeworven, waaronder vroedvrouwen, verpleegkundigen, artsen, enzovoort. Deze ziekenhuizen hebben de nodige infrastructuur en het medische materiaal, en er worden ieder jaar steeds meer en meer PB's aangenomen.”*

*“De vrouwen die in Senegal (Afrika) bevallen, moeten niet betalen voor de verleende zorgen van de PB's. De familie van de vrouw moet wel betalen voor het materiaal, dat gebruikt wordt tijdens de arbeid, de bevalling en in het postpartum, alsook voor het materiaal dat nodig is voor een keizersnede. Zij krijgen een voorschrift mee van de vroedvrouw en moeten dit rechtstreeks aan de vroedvrouw betalen. Daarna gaan ze naar de apotheek, die vlakbij het ziekenhuis gelegen is, om het nodige materiaal te kopen. Het materiaal dat de familie voor de arbeid en de bevalling moet aankopen, zijn drie ampullen Syntocinon, één infuusleiding, één infuuskatheter, één infuusvloeistof, twee paar steriele handschoenen, enzovoort.”*

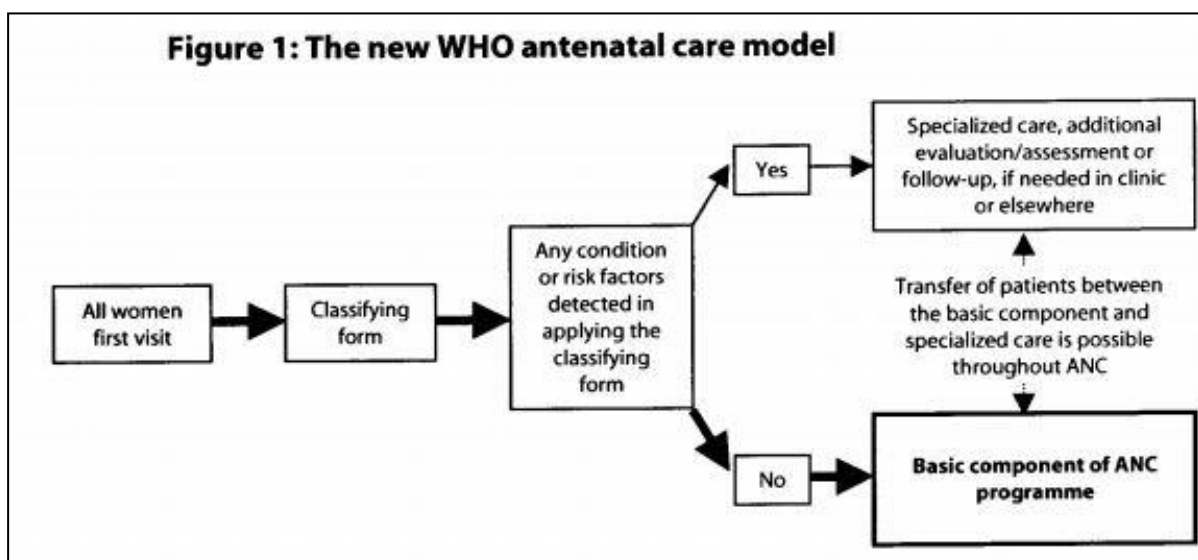
*“Casus: In Nabil Choucair (ziekenhuis, Senegal, Dakar) werd een vrouw binnengebracht die zwanger was van een tweeling, waarvan het eerste kindje in stuitligging lag. Ze had ondertussen al acht centimeter ontsluiting en ze moest een dringende keizersnede krijgen. Het gezin was echter zo arm dat ze dit niet konden betalen, waardoor de vrouw in de verloskamer moest wachten tot haar man het materiaal kon kopen. Ondertussen had ze al sterkere weeën en we hielpen haar om deze op te vangen. Na ongeveer een half uur had de vrouw persweeën, we probeerden de vrouw tegen te houden, maar er was geen baat bij. Opeens verschenen er twee voetjes, waardoor we snel moesten handelen. We stonden haar bij tijdens de vaginale bevalling van haar tweeling. Na enkele keren persen werd het eerste kindje in stuitligging geboren. Een twintigtal minuten later werd het tweede kindje in hoofdligging geboren. Beiden stelden het zeer goed.”*

#### **7.4. Prenatale zorgen**

Een interventie waar men nog veel aandacht aan moet besteden, is de prenatale zorg. Prenatale zorg en de zorg tijdens de bevalling zijn essentieel voor de gezondheid van zowel moeder als kind. Prenatale zorg heeft een aanzienlijke invloed op het gebruik van voorzieningen waar men kan bevallen in landen met lage inkomens. Bij vrouwen die vier prenatale onderzoeken krijgen, zullen 7,3 keer meer vrouwen bevallen in gezondheidscentra in vergelijking met de vrouwen zonder prenatale zorg. Dit is het meest uitgesproken in Afrika. Over heel Afrika gaan de meeste vrouwen pas in het tweede trimester op prenatale controle, slechts één vrouw op zeven gaat in het eerste trimester (Tann et al., 2007; Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012).

De aanwezigheid van de vroedvrouw bleek in de gemeenschap een invloed te hebben op de stijging van professionele begeleiding bij de bevalling. Dit werd beïnvloed door de lengte van het verblijf van de vroedvrouw in een dorp, nl. als deze meer dan vijf jaar in een dorp werkte, zag men een stijging in professionele begeleiding. Echter steeg ook het aantal keizersneden met de densiteit van de vroedvrouw. Dit is te wijten aan de afstand van een ziekenhuis en/of gezondheidscentrum, hoe dichterbij een ziekenhuis bevindt, hoe meer kans op een keizersnede (Vieira et al., 2012).

De WHO heeft een 'prenataal zorgmodel' uitgewerkt, dit wordt in figuur 7 verduidelijkt. Dit model stelt dat de prenatale zorg zeer belangrijk is. Door prenatale opvolging zijn de moeder, haar familie en de zorgverlener beter voorbereid in het postpartum, zoals management van anemie tijdens de zwangerschap, de preventie en behandeling van malaria, tetanusvaccinatie en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Tijdens de prenatale onderzoeken kan er uitleg gegeven worden over HIV en worden vrouwen getest op HIV. De PB kan een 'bevallings- en noodplan' opstellen. Dit plan omvat het voorbereiden van de zwangere en haar familie op de arbeid en bevalling en de tekens ervan. Ook wordt er een regeling opgesteld voor directe en niet-directe kosten van het transport, voor wanneer zij dit nodig hebben. Dit plan is een grote hulp voor de vrouw wanneer er zich problemen zouden voordoen. Het wordt echter nog niet toegepast daarom is het opgenomen in het nieuwe prenataal zorgmodel van de WHO. Door het 'prenataal zorgmodel' is er een verbetering van de maternele gezondheid en foetale outcome mogelijk (de Bernis et al., 2003; Tann et al., 2007).



**Figuur 7: Het prenataal zorgmodel (de Bernis et al., 2003)**

Complicaties in de zwangerschap zijn moeilijk te herkennen, totdat de complicatie zich effectief voordoet en al in ernstige mate is geëvolueerd. De symptomen van bijvoorbeeld pre-eclampsie kunnen bijna onmogelijk worden aangepakt zonder materiaal en gepaste diagnostische technieken. Zelfs wanneer de symptomen zich vroeg voordoen, zullen de zwangere en haar familie deze dikwijls negeren, omdat men denkt dat dit 'normaal' is. Tijdige doorverwijzing en aanpakken van complicaties vragen specifieke training, kennis en skills (de Bernis et al., 2003).

Guliani, Sepehri & Serieux (2012) bevelen aan dat overheden de toegang tot minimum vier prenatale onderzoeken moeten opnemen in het beleid voor de maternele gezondheidszorg. In vele ontwikkelingslanden met een laag inkomen, werden al enkele maatregelen genomen, zoals het vooruitbetalen van verzekeringen, vrijstellen van vergoedingen, het geven van geld om de financiële lasten van de bevalling in een gezondheidsinstelling te verlichten, en gemeenschapsfondsen om geld te lenen. Echter blijven vele gezinnen nog kwetsbaar voor andere indirecte kosten, zoals het transport tot een gezondheidscentrum en/of ziekenhuis.

*“In de gezondheidsposten van Mbour zijn er op weekdagen prenatale consultaties. Deze consultaties starten rond negen uur, maar de zwangeren zaten al uren op voorhand te wachten. Tijdens de prenatale consultaties nemen ze een anamnese af, controleren ze de bloeddruk, temperatuur, gewicht, fundushoogte, foetale harttonen, proteïnurie, ligging van het kind en POVIAS om zo de evolutie van de zwangerschap vast te stellen. Op de eerste consultatie doet men een HIV-test, in de consultaties daarop volgend krijgen de zwangeren nog verschillende vaccins toegediend. Om dit in goede banen te leiden, maakt men gebruik van een moederboekje. Hierin worden de observaties genoteerd en een volgende consultatie vastgelegd.”*

## 8. Discussie

Er zijn vier interventies nodig om een daling van het maternale sterftcijfer te bekomen, om zo te streven naar millenniumdoelstelling vijf. Deze interventies zijn het trainen van TB's, aanwerven van PB's, financiële hulp, prenatale zorgen alsook gezinsplanning (Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012).

Deze literatuurstudie toonde aan dat de samenwerking met TB's en andere gezondheidsmedewerkers werd mogelijk gemaakt door de aanwerving van PB's. Dit bracht de PB's dicht bij een gemeenschap, zodat de gezondheidszorg gepromoot werd en doorverwijzing plaatsvond. Dankzij deze interventie gingen ongeschoolde vrouwen op prenatale controles, waardoor het aantal maternale sterftes ten gevolge van een complicatie daalden. Er kon een daling van de aanwezigheid van TB's bij geboortes en thuisbevallingen waargenomen worden. Ondanks de interventie vinden er tot op heden nog vele bevallingen zonder professionele begeleiding plaats (Vieira et al., 2012).

Verder blijkt dat het trainen van TB's kan zorgen voor verbetering van de kennis. TB's leren tijdens deze opleiding om samen te werken met andere zorgverleners, waardoor de doorverwijzing naar gespecialiseerde centra vlotter kan verlopen. Het is belangrijk dat overheden in deze trainingen investeren, zodat TB's bijgestaan worden tijdens hun opleiding. Er kon besloten worden dat de training ervoor zorgt dat er een stijging van de aanwezigheid van PB's bij bevallingen gezien wordt, nl. een stijging van 53% tot 75% (Byrne & Morgan, 2011). De WHO investeerde reeds in deze trainingen, echter werden er nog geen veranderingen in het maternale sterftcijfer gezien (Vieira et al., 2012). In 1998 werd een opleiding van TB's stopgezet. Dit gebeurde vanwege tekortkomingen van de opleiding en omdat er geen daling van het maternale sterftcijfer bekomen werd. De WHO en de Verenigde Naties hebben nadien een nieuwe opleiding opgericht. Deze focuste zich op PB's in plaats van TB's, waarbij het doel 'verminderen van het maternale sterftcijfer in ontwikkelingslanden' werd vooropgesteld (Woods, 2003).

De keuze tot professionele begeleiding bij de bevalling wordt vaak beïnvloed door de financiële situatie van een gezin (de Bernis et al., 2003). Door verkleining van de financiële barrières zou de toegang tot professionele begeleiding vergroot worden. Zo werd er in Bangladesh gezorgd dat de zwangere populatie gratis toegang kreeg tot professionele begeleiding, alsook een vergoeding van de verplaatsingskosten. De zwangeren werden op de hoogte gebracht via brochures die in opdracht van de overheid gratis werden gedrukt en uitgedeeld. In Peru daarentegen werd 'Proyecto 2000' opgestart. Door promotie via de media en door gezondheidsvoorlichting werden culturele diensten toegankelijker gemaakt, en door

opstelling van een aangepaste verzekering voor zwangeren met een laag inkomen, werd de kwaliteit van zorg in gezondheidsinstellingen verbeterd. De interventies zorgden er echter niet voor dat er bevallingen plaatsvonden in de instellingen (Vieira et al., 2012).

Onderzoek toonde aan dat wanneer er geïnvesteerd werd in de gezondheidszorg van ontwikkelingslanden, er een stijging van PB's en keizersneden waargenomen werd. Een investering van 10% zou echter onvoldoende zijn. De WHO stelt namelijk dat het aantal PB's met 100% en het aantal keizersneden met 5 tot 15% moeten toenemen. Tot op heden hebben vele regeringen een laag budget, waardoor er onvoldoende geïnvesteerd kan worden in de nodige medische apparatuur voor keizersneden. Daarentegen zou er meer gefinancierd zijn in de aanwerving van PB's. Een stijging van de prenatale controles kon niet gezien worden, dit wordt wereldwijd aanzien als de 'standaard' tijdens de zwangerschap (Kruk et al., 2007).

Prenatale onderzoeken blijken ook een invloed te hebben op het gebruik van gezondheidsinstellingen tijdens de bevalling. Hoewel ze al als 'standaard' dienen, moet er nog veel aandacht aan besteed worden. Tot op heden gaat in Afrika slechts één vrouw op zeven op prenatale controle. Er wordt aanbevolen dat er minimum vier prenatale onderzoeken moeten plaats vinden tijdens een zwangerschap. Wanneer een vrouw deze controles heeft gehad, is de kans 7,3 keer groter dat ze in een gezondheidsinstelling bevalt onder professionele begeleiding (Tann et al., 2007; Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012).

De WHO stelde al een 'prenataal zorgmodel' op. Tijdens een prenatale controle krijgen vrouwen uitleg over SOA's en vaccinaties. Er wordt door een PB een noodplan uitgewerkt, waardoor de vrouw en haar familie voorbereid zijn op de tekens van een arbeid en een bevalling, en mogelijke complicaties. Ondanks het bestaan van dit plan, wordt het nog niet toegepast. Het noodplan zal daarom worden opgenomen in het nieuwe zorgmodel van de WHO. Door de toepassing van het 'prenataal zorgmodel' is er al een verbetering zichtbaar in de maternele gezondheidszorg in ontwikkelingslanden (de Bernis et al., 2003; Tann et al., 2007).

## 9. Praktische aanbevelingen

Op basis van de deze literatuurstudie kunnen er een antal aanbevelingen gedaan worden.

Overheden in ontwikkelingslanden moeten bewust gemaakt worden van het probleem, nl. het hoge maternale sterftcijfer. Dit moet mogelijk gemaakt worden door middel van overleg tussen de gezondheidsmedewerkers en de overheden. Het is ook nodig dat er geïnvesteerd wordt in medisch materiaal, vernieuwen van gezondheidstellingen en, medicatie zoals anticonceptie gratis maken. Overheden moeten wetenschappelijke tijdschriften beschikbaar stellen voor de zorgverleners, zodat zij up-to-date blijven.

De toegang tot professionele begeleiding in ontwikkelingslanden kan vergroot worden wanneer deze gratis wordt gemaakt en de vervoerskosten tot een instelling gedekt worden door de overheid. De overheid moet een groter budget ter beschikking stellen voor de gezondheidszorg. Uit onderzoek blijkt dat dit moeilijk haalbaar is in ontwikkelingslanden. Het is alsook belangrijk dat PB's dichterbij de gemeenschap komen. Dit kan mogelijk gemaakt worden door PB's in dorpen aan te werven, waardoor de afstand tot professionele begeleiding verkleind wordt.

Er moet nog meer aandacht besteed worden tot het trainen van TB's, zodat deze leren samen te werken met PB's en ze spoedhandelingen in de verloskunde kunnen stellen. De opleidingen moeten zo kort mogelijk gehouden worden, waardoor hun afwezigheid op de werkplek geminimaliseerd wordt.

Er moet aandacht besteed worden aan gezinsplanning en prenatale onderzoeken. Gezinsplanning moet mogelijk worden door middel van educatie met brochures, tekeningen en uitleg omtrent contraceptie. Deze educatie moet preconceptioneel worden gegeven en ook tijdens de zwangerschap bespreekbaar gemaakt worden, zodat de vrouwen een geïnformeerde keuze kunnen maken. Eveneens moet er tijdens de zwangerschap de mogelijkheid zijn voor prenatale zorgen, waarin er aan de vrouw en de familie uitleg wordt gegeven over de tekens van een bevalling en complicaties die kunnen optreden. Het is belangrijk dat er continue opvolging is. Dit moet gerealiseerd worden door het gebruik van een moederboekje, waarbij de observaties alsook de volgende consultatie in wordt vastgelegd.

## 10. Conclusie

Deze literatuurstudie geeft een antwoord op de vraag “stimuleren van zwangeren en parturiënten tot het opzoeken van professionele begeleiding: daling van het maternale sterftcijfer in ontwikkelingslanden”

De millenniumdoelstellingen boeken vooruitgang, maar onvoldoende om ze tegen 2015 te behalen (King, 2013; NCDO, 2013). Om de maternale sterftes te doen dalen zijn er interventies nodig.

Geschoolde en welstellende vrouwen die een mature leeftijd hebben bereikt, en tewerkgesteld zijn, zullen PB's verkiezen. Primipara's zullen sneller opteren voor een begeleide bevalling in een ziekenhuis of gezondheidscentrum onder toezicht van een PB (Guliani, Sepehri, & Serieux, 2012; Nai-Peng en Siow-li, 2013). In geval van complicaties zullen zwangeren meer toegang zoeken tot een PB (Dhakal et al., 2011). De optie om niet te kiezen voor een PB wordt beïnvloed door de familie, de financiële barrière en de afstand tot een PB (Mbaraku et al., 2009). Het gebrek aan vertrouwen in het gezondheidssysteem speelt ook een grote rol (Vyagusa et al., 2013).

De belangrijkste interventie tot het reduceren van het maternale sterftcijfer is de aanwezigheid van een PB (Kruk et al., 2007). De overheden moeten aangezet worden tot een betere educatie van meisjes en vrouwen omtrent seksuele opvoeding en gezinsplanning. Het is noodzakelijk dat de overheden supervisie moeten uitvoeren op de opleidingen tot PB's (de Bernis et al., 2003).

De aanwerving van PB's draagt bij tot een betere samenwerking met TB's, wat ertoe leidt dat PB's dichter bij de gemeenschap komen te staan. Dit heeft enkele voordelen, zo zullen er meer prenatale controles plaatsvinden bij laag- en ongeschoolde vrouwen en doordat de PB dichter bij de gemeenschap komt te staan, zullen er meer geboortes zijn onder leiding van een PB in een gezondheidscentrum. Prenatale controles vragen belangrijke aandacht. Zo zal een vrouw die meerdere prenatale controles heeft gehad, beter geïnformeerd zijn en mogelijke complicaties herkennen. Zij zal sneller opteren voor een bevalling bij een PB (Byrne & Morgan, 2011; Vieira et al., 2012).

De kwaliteit van de zorg kan verbeterd worden door de doorverwijzing van zwangeren naar gespecialiseerde centra en een betere kennis van de PB's, door middel van bijscholing. De meer ervaren PB's zouden de onervaren PB's moeten trainen en superviseren (de Bernis et al., 2003).

Aan de aanwezigheid van een PB hangt een financieel kostenplaatje. De armere bevolking kan ondersteund worden door gratis toegang te krijgen tot professionele hulp. Een dergelijk gefinancierd project door de overheid is reeds bestaande in Bangladesh (Vieira et al., 2012).



## Bibliografie

Agus, Y., & Horiuchi, S. (2012). Factors influencing the use of antenatal care in rural West Sumatra, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (9), pp. 1-8.

Byrne, A., & Morgan, A. (2011). How the integration of traditional birth attendants with formal health systems can increase skilled birth attendance. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115 , pp. 127-134.

Campbell, O. & Graham, W. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 368, pp. 1284-1299.

de Bernis, L., Sherratt, D., AbouZahr, C. & Van Lerberghe, W. (2003). Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care. *British Medical Bulletin*, 67, pp. 39-57.

Dhakal, S., van Teijlingen, E., Raja, E. & Dhakal, K. (2011). Skilled care at birth among rural women in Nepal: practice and challenges. *International centre for diarrhoeal disease research*, 29 (4), pp. 371-378.

Engenderhealth (2005). Gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA). Geraadpleegd op 14/04/2014, via [http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/amtsl\\_poster\\_french.pdf](http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/amtsl_poster_french.pdf).

Guliani, H., Sepehri, A. & Serieux, J. (2012). What impact does contact with the prenatal care system have on women's use of facility delivery? Evidence from low-income countries. *Social Science & Medicine*, 74, pp. 1882-1890.

King, J. (2013). Strategies to reduce maternal mortality in developed countries. *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 25, pp. 117-123.

Kruk, M., Galea, S., Prescott, M., & Freedman, L. (2007). Health care financing and utilization of maternal health services in developing countries. *Oxford University Press*, 22, pp. 303-310.

Mbaraku, G., Msambichaka, B., Galea, S., Rockers, P. & Kruk, M. (2009). Dissatisfaction with traditional birth attendants in rural Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 107 , pp. 8-11.

Nai-Peng & Siow-li. (2013). Correlates of and barriers to the utilization of health services in South Asia and Sub-Saharan Africa. *The scientific world journal*, pp. 1-11.

NCDO (2013). Millenniumdoelstellingen. Geraadpleegd op 29 december 2013, via <http://www.ncdo.nl/themas/millenniumdoelen>

Raven, J., Utz, B., Roberts, D. & van den Broek, N. (2011). The 'Making it Happen' programme in India and Bangladesh. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118, pp. 100-103.

Ronsmans, C., & Graham, W. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368, pp. 1189-1200.

Tann, C., Kizza, M. Morison, L., Mabey, D., Muwanga, M., Grosskurth, H., & Elliott, A. (2007). Use of antenatal services and delivery care in Entebbe, Uganda: a community survey. *BMC Pregnancy and childbirth*, 7 (23), pp. 1-11.

The World Bank (2014). How we classify countries. Geraadpleegd op 10/03/2014, via <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>.

United Nations (2013). Rapport millenniumdoelstellingen. Geraadpleegd op 14 januari 2013, via [http://www.ncdo.nl/sites/default/files/mdg-report-2013-english\\_4.pdf#overlay-context=artikel/millenniumdoel-5](http://www.ncdo.nl/sites/default/files/mdg-report-2013-english_4.pdf#overlay-context=artikel/millenniumdoel-5)

Utz, B., Siddiqui, G., Adegoke, A. & van den Broek, N. (2013). Definitions and roles of a skilled birth attendant: a mapping exercise from four South-Asian countries. *Acta Obstet Gynecologica Scandinavica*, 92, pp. 1063-1069.

Vieira, C., Portela, A., Miller, T., Coast, E., Leone, T. & Marston, C. (2012). Increasing the use of skilled health personnel where traditional birth attendants were providers of childbirth care: a systematic review. *Plos one*, 7 (10), pp. 1-9.

Vyagusa, D., Mubyazi, G. & Masatu, M. (2013). Involving traditional birth attendants in emergency obstetric care in Tanzania: policy implications of a study of their knowledge and practices in Kigoma Rural District. *International Journal for Equity in Health*, 12 (1), pp. 1-14.

WHO, ICM & FIGO. (2004). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research.

Wood, D. (2003). Training of skilled birth attendants in Bangladesh. *The Lancet*, 362, pp. 1940.

Yanagisawa, S., Oum, S. & Wakai, S. (2006). Determinants of skilled birth attendance in rural Cambodia. *Tropical Medicine and International Health*, 11 (2), pp. 238-251.