



**TRADITIONALLY AND TRAINED
(HOE) VALT DAT TE RIJMEN?
TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS NADER
BEKEKEN**

Auteur: Jasmine Appelen & Lisa Schoenmaekers

Promotoren: Inge Castermans & Marlies Swerts

Co-promotor: Nadja Van Endert

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

academiejaar 2013 - 2014



**TRADITIONALLY AND TRAINED
(HOE) VALT DAT TE RIJMEN?
TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS NADER
BEKEKEN**

Auteur: Jasmine Appelen & Lisa Schoenmaekers

Promotoren: Inge Castermans & Marlies Swerts

Co-promotor: Nadja Van Endert

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

academiejaar 2013 - 2014

Voorwoord

Als afsluiting van onze professionele bachelor in de vroedkunde kregen we de opdracht om een literatuurstudie te schrijven over de soorten traditionele birth attendants en hun bijscholingsmogelijkheden in de ontwikkelingslanden. Dit onderwerp werd ons toegewezen in het kader van onze buitenlandse stage in Tanzania.

De realisatie van deze bachelorproef was nooit mogelijk geweest zonder de hulp van mevrouw Marlies Swerts, mevrouw Inge Castermans en mevrouw Nadja Van Endert. Daarom willen we hen oprecht bedanken voor hun begeleiding, ondersteuning, inzet en hun talrijke praktijkgerichte tips.

Ook willen we Mzalendo en Siwazuri in Tanzania bedanken die ons hielpen met het realiseren van onze praktijkstudie. Graag willen we Shannon en Yentl bedanken voor de samenwerking tijdens onze bachelorproef maar ook tijdens onze stage in Tanzania.

Tot slot willen we onze ouders bedanken omdat ze ons de mogelijkheid hebben geboden om de praktijk in Tanzania te ervaren.

Traditionally and trained. (Hoe) valt dat te rijmen? Traditional Birth attendants nader bekeken (2014).

Auteurs: Appelen, J. & Schoenmaekers, L.

Promotoren: Castermans, I. & Swerts, M.

Co – promotor: Van Endert, N.

Achtergrond: De vijfde millenniumdoelstelling van de Verenigde Naties stelt dat de maternale mortaliteit ratio (MMR) in 2015 met 75% moet zijn afgenomen ten opzichte van 1990. Het MMR weerspiegelt de grote ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg, zo komt bijna alle maternale sterfte voor in ontwikkelingslanden (99%). We hebben in deze literatuurstudie speciale aandacht geschonken aan de situatie in Tanzania en zijn hier in het praktijkgedeelte verder op in gegaan. Er wordt nog steeds een groot aantal bevallingen verricht door Traditional Birth Attendants (TBA's), terwijl de nationale overheden dit als terrein van Skilled Birth Attendants (SBA's) zien. De vraagstelling van deze bachelorproef luidt daarom als volgt: welke soorten TBA's zijn er en welke bijscholingsmogelijkheden bestaan er?

Doelstelling: Welke suggesties kunnen we formuleren die positieve trainingenuitkomsten mogelijk maken.

Resultaten: TBA's zijn onder te verdelen in vier categorieën: de rurale TBA, de familiale TBA, de getrainde TBA en de ongetrainde TBA. Over het algemeen zijn TBA's oudere vrouwen, die geraadpleegd worden in hun gemeenschap omwille van hun ervaring en wijsheid. Ze zijn vaak analfabeet en hebben een lage scholingsgraad. Ze blijven populair omwille van hun status in de gemeenschap, goedkope dienstverlening en problemen in de huidige professionele zorgverlening. Er is geen sterke wetenschappelijke basis voor het bepalen van de effectiviteit van TBA trainingen. Er werd wereldwijd geïnvesteerd in TBA trainingen, maar hierbij is weinig aandacht besteed aan de systematische evaluatie van de trainingen, waardoor het moeilijk is om hun effectiviteit te bepalen. De trainingen behandelen verschillende reproductieve onderwerpen waaronder familie planning, HIV preventie, neonatale resuscitatie en het identificeren van risicozwangerschappen.

Conclusie: Wanneer TBA's getraind worden leidt dit niet universeel tot verbetering. De trainingen kunnen echter dienen als een korte termijn strategie, terwijl de professionele gezondheidszorg verder uitgebouwd wordt. TBA training kan veelbelovend zijn om de perineonatale mortaliteit te verminderen, wanneer het gecombineerd wordt met verbeterde professionele gezondheidsdiensten. Het is daarbij voordelig om de TBA te erkennen als belangrijke schakel in de gezondheidsvoorlichting, zij kunnen bovendien de professionele gezondheidszorg promoten bij de lokale bevolking. Voorlopig zijn er nog te veel problemen met de bereikbaarheid en de kwaliteit van de professionele gezondheidszorg, om de TBA's helemaal weg te denken uit de verloskundige zorgverlening in ontwikkelingsgebieden.

Implicaties voor trainingen van TBA's: Allereerst is een analyse van de lokale cultuur met zijn bijbehorende tradities en gebruiken aangeraden voor opstart van de training. Vervolgens is het nodig om de gemeenschap te sensibiliseren voor perinatale complicaties zodat niet enkel de TBA wordt bijgeschoold, maar ook de sociale omgeving wordt bewust gemaakt. Voor de opzet van een goed trainingsprogramma is een systematische evaluatie noodzakelijk, zo kan de effectiviteit van de training worden beoordeeld. Het educatiemateriaal en de methodieken moeten worden aangepast aan de lage scholingsgraad van de TBA's. Als laatste is het belangrijk om een duurzame training te ontwikkelen waarbij de TBA's na afloop ook worden opgevolgd.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Samenvatting

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	1
2	Traditional birth attendant.....	2
2.1	Definitie van een traditional birth attendant.....	2
2.2	De soorten traditional birth attendants.....	2
2.2.1	Categorie I: De traditional birth attendant of de ongetrainde 'vroedvrouw'	2
2.2.2	Categorie II: De rurale traditional birth attendant	2
2.2.3	Categorie III: De familiale birth attendant.....	3
2.2.4	Categorie IV: De getrainde traditional birth attendant	3
2.2.5	Lay midwife	3
2.3	Prevalentie	3
2.4	Leeftijd en geslacht	4
2.5	Educatie.....	4
2.5.1	Vooropleiding	4
2.5.2	Kennisoverdracht tot traditional birth attendants.....	5
2.6	Rol in de gemeenschap.....	5
2.7	Motivatie beroepskeuze	6
3	Beleid ten aanzien van de traditional birth attendants.....	7
4	Populariteit van de traditional birth attendants	9
5	Traditional birth attendants in Tanzania.....	11
6	Bijscholingsmogelijkheden	14
6.1	India	15
6.2	Malawi.....	17
6.3	Congo	18
6.4	Trainingsmethode	18
7	Praktisch gedeelte: de literatuur versus de praktijk in Tanzania.....	21

8	Discussie.....	24
9	Conclusie	27
10	Literatuurlijst.....	29

1 Inleiding

De vijfde millenniumdoelstelling van de Verenigde Naties stelt dat de maternale mortaliteit in 2015 met 75% moet zijn afgenomen ten opzichte van 1990. In 2013 is het Maternale Mortaliteits Ratio (MMR) slechts met 2,6% per jaar gedaald, terwijl dit 5,5% zou moeten zijn om de vijfde doelstelling te behalen. Het MMR weerspiegelt de grote ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorg, zo komt bijna alle maternale sterfte voor in ontwikkelingslanden (99%). Het MMR bedraagt 230 op 100 000 geboorten in de ontwikkelingslanden versus 16 per 100 000 in de ontwikkelde landen (World Health Organisation [WHO], 2014).

We hebben in deze literatuurstudie speciale aandacht geschonken aan de situatie in Tanzania, omdat we er drie maanden buitenlandse stage liepen in Kigoma (stedelijk district) en in contact kwamen met de lokale gebruikers van de zorgverleners. Het MMR in Tanzania bedraagt 410 op 100 000 bevallingen (WHO, 2014). De overheid probeert de millenniumdoelstelling te bereiken, maar het land kampt met een groot tekort aan professionele zorgverleners. In een populatie van 4000 inwoners is er slechts één verpleegkundige of vroedvrouw beschikbaar (Mbaruku, Msambichaka, Galea, Rockers & Kruk, 2009). Dit resulteert in een groot aantal bevallingen onder begeleiding van Traditional Birth Attendants (TBA's). Volgens het Tanzaniaans Ministerie van Gezondheid en Sociale Welvaart (2008) gebeurt 53% van de bevallingen thuis, zonder professionele begeleiding. Van deze 53% wordt 55% begeleid door een TBA, de overige 45% door familieleden (Mselle, Moland, Mvungi, Evjen-Olsen, & Kohi, 2013). Het tekort aan professionele intrapartum zorg in Tanzania wordt duidelijk geïllustreerd door deze cijfers, maar de problematiek doet zich ook voor in andere ontwikkelingsgebieden.

Voorgaande problematiek vormt het vertrekpunt voor onze literatuurstudie over TBA's in ontwikkelingsgebieden en meer specifiek in Tanzania. De volgende vraagstelling staat centraal: Welke soorten Traditional Birth Attendants bestaan er en welke bijscholingsmogelijkheden zijn er? Het doel is om met behulp van de geïnccludeerde literatuur suggesties te formuleren voor betere trainingsuitkomsten.

Deze bachelorproef beperkt zich dus tot de soorten TBA's en de bijscholingsmogelijkheden. De gevolgen van hun zorgverlening voor moeder en kind worden hier niet toegelicht. Dit aspect is zeker belangrijk en wordt verder uitgediept in de bachelorproef van onze medestudenten. De doelgroep van deze bachelorproef zijn vroedvrouwen en artsen die werkzaam zijn of interesse tonen in ontwikkelingsgebieden. Door dit onderwerp toe te lichten, weten zij met welke soorten niet-professionele hulpverleners ze in contact komen en kunnen ze suggesties doen naar bijscholing toe. Dit komt de kwaliteit van zorg voor moeder en kind ten goede.

Om ons onderwerp voldoende uit te diepen bespreken we de volgende aspecten van het begrip TBA: de begripsomschrijving, het huidige beleid, de populariteit van de TBA, de TBA in Tanzania en de bijscholingsmogelijkheden. Als laatste volgt het praktisch gedeelte, waarbij de literatuur wordt vergeleken met de praktijk in Tanzania.

2 Traditional birth attendant

Traditional birth attendant is een vaag begrip en heeft per regio een andere invulling, afhankelijk van de lokale cultuur. In de onderstaande tekst wordt getracht het begrip TBA te verhelderen. Daarbij worden de prevalentie en de kenmerken besproken.

2.1 Definitie van een traditional birth attendant

De WHO beschrijft de TBA als volgt: 'Een TBA is een persoon die vrouwen begeleid tijdens arbeid en de geboorte. Zij hebben hun vaardigheden verkregen door eigen ervaringen of door mee te lopen met andere TBA's' (WHO,1992).

Volgens Kaingu, Oduma en Kanui (2011) is een TBA een belangrijke persoon in de gemeenschap die regelmatig consultaties doet bij zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap in rurale gebieden of ontwikkelingslanden. Hun kennis wordt van generatie op generatie doorgegeven. Strikt gesproken verwijst de term TBA naar een onafhankelijke 'community-based' zorgverlener die geen formele opleiding heeft gevolgd (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013).

2.2 De soorten traditional birth attendants

In de geraadpleegde literatuur worden de verschillende soorten TBA's amper besproken. In het basiswerk van Kamal (1998) worden wel vier categorieën van TBA's beschreven. De term TBA wordt algemeen gebruikt voor de hieronder beschreven categorieën.

2.2.1 Categorie I: De traditional birth attendant of de ongetrainde 'vroedvrouw'

Deze birth attendants verdienen hun brood met het begeleiden van zwangere vrouwen. De term 'ongetraind' wijst op het gebrek aan een officiële opleiding. De stedelijke TBA valt onder deze categorie. De TBA vraagt meestal een minimum vergoeding voor het begeleiden van een bevalling. Afhankelijk van de financiële positie van de ouders en het geslacht van het kind, vraagt de TBA een bijkomende vergoeding. In sommige culturen wordt er voor een bevalling van een jongen namelijk een hogere som aangerekend. Deze soort TBA's komt ook voor in rurale gebieden, maar zien verloskunde echt als hun beroep en bron van inkomsten.

2.2.2 Categorie II: De rurale traditional birth attendant

De rurale traditional birth attendant is meestal een oudere bloedverwant of een buur van de parturiënte die opgeroepen wordt om de bevalling te assisteren. Deze TBA's vragen geen vergoeding en begeleiden ook geen bevallingen bij onbekenden. De parturiënte moet een bloedverwant zijn van de TBA of een goede kennis in de kleine gemeenschap. De rurale TBA assisteert de bevalling als gunst voor de parturiënte of doet dit als 'goede daad'. De TBA geniet hierdoor veel respect en krijgt geschenken van de ouders.

2.2.3 Categorie III: De familiale birth attendant

De familiale birth attendant doet enkel bevallingen van haar nabije familie, deze soort TBA's komt voornamelijk voor in zeer afgelegen gebieden bij lokale stammen, bv. de nomaden in Somalië en Syrië.

2.2.4 Categorie IV: De getrainde traditional birth attendant

Deze categorie is in tegenstelling tot de anderen pas ontstaan in de 20ste eeuw. Doordat verschillende overheden de TBA begonnen te erkennen als schakel in de maternale gezondheidszorg, werden er ook verschillende trainingsprogramma's opgezet om TBA's adequaat te trainen in preventie van perinatale complicaties. De nationale overheden hoopten hiermee de maternale mortaliteit te doen afnemen, daarom werden middelen en kapitaal vrijgemaakt om TBA's op te leiden. De getrainde TBA is nu te vinden in zowel rurale als stedelijke gebieden in ontwikkelingslanden. In de meeste landen is er een vermenging van getrainde en ongetrainde TBA's. Het onderscheid is soms moeilijk te maken aangezien ongetrainde TBA's vaak in contact komen met biomedische concepten en praktijken in hun gemeenschap (Sibley & Sipe, 2006).

2.2.5 Lay midwife

'Lay midwife' is een term die terug te vinden is in de geïncludeerde artikels over Centraal-Amerika en wordt vaker gebruikt in het Amerikaans continent. Het is samen met 'traditional midwife' een synoniem voor 'traditional birth attendant' (Kavinya 2012). De kenmerken van een lay midwife komen overeen met die van de TBA. Foster et al. (2014) gebruikten in hun onderzoek de term 'traditional midwife' in plaats van TBA, om de verloskundige vaardigheden van de TBA's in Guatemala aan te geven en te respecteren.

De individuele karakteristieken van een TBA variëren per regio en zijn onderhevig aan de plaatselijke cultuur, maar toch zijn er grote overeenkomsten tussen de verschillende continenten (WHO, 1992).

2.3 Prevalentie

Er is geen recente globale schatting van het aantal TBA's (Vieira, Portela, Miller, Coast, Leone, & Marston, 2012). Oudere gegevens stellen dat tussen 1995 en 1999, 24% van de 200 633 geboortes in 44 ontwikkelingslanden werden bijgestaan door TBA's (Sibley, Sipe & Barry, 2009). Cijfers uit 2008 geven aan dat de skilled birth attendants (SBA) in ontwikkelingslanden zo'n 63% van de bevallingen begeleiden (UNICEF, 2011). TBA's zijn actief in rurale gebieden in ontwikkelingslanden waar de gezondheidszorg nog niet voldoende is uitgebouwd. Dit zijn voornamelijk gebieden in Zuid-Azië, Sub-Sahara Afrika en Centraal- en Zuid-Amerika. In Azië wordt 41% van de bevallingen door een TBA verricht. In India zijn 61% van de geboortes thuisbevallingen waarvan 37% wordt begeleid door een TBA. (Saravanan, Turrell, Johnson, Fraser & Patterson, 2011). Veel vrouwen in Bangladesh bevallen thuis met de hulp van een TBA (Rowen, Prata & Passano, 2011).

Thuis bevallen geniet er de voorkeur en is cultureel aanvaard. Meer dan $\frac{3}{4}$ e van de bevallingen in ruraal Congo wordt bijgestaan door een TBA of een familielid (Matendo, Engmann, Ditekemena, Gado, Tshefu, Kinoshita et al., 2011). In Sierra Leone voeren TBA's tot 70% van de bevallingen uit (Ebuehi & Akintujoye, 2012). De lay midwives in Guatemala verrichten 70% van de geboortes in de thuissituatie (Chary, Diaz, Henderson & Rohloff, 2013). Er zouden ongeveer 20 lay midwives beschikbaar zijn per 10 000 Guatemalteekse vrouwen (Foster, Anderson, Houston, & Doe-Simkins, 2004).

2.4 Leeftijd en geslacht

Kaingu et al. (2011) ondervroegen in hun studie 200 TBA's in Kenia. Onder hen waren 16% mannen, de overgrote meerderheid TBA's waren oudere vrouwen. TBA's genieten veel respect in de gemeenschap, niet alleen omwille van hun beroep maar ook door hun ouderdom. Zo hadden de Keniaanse TBA's een gemiddelde leeftijd tussen de 40 en 60 jaar. Dit komt overeen met de bevindingen van andere artikels waar enkel vrouwelijke TBA's werden gevonden en gemiddeld een hogere leeftijd hadden (Chary et al., 2013; Vyagusa et al., 2013; Saravanan et al., 2011). De ondervraagde TBA's in Malawi (n=81) waren 53,8 jaar oud (Chen, Wang, Ward, Chan, Chen, Chiang et al., 2011).

2.5 Educatie

De weg die de TBA's hebben afgelegd om tot hun kennis en beroep te komen varieert naargelang geslacht en leeftijd. Eerst wordt de vooropleiding besproken, hiermee wordt het basis- en secundair onderwijs bedoeld. Vervolgens wordt bekeken hoe de TBA's aan hun verloskundige kennis komen, waarmee ze hun rol als TBA zijn gaan kunnen uitoefenen.

2.5.1 Vooropleiding

Van de geïnterviewde vrouwelijke TBA's in Kenia was 59,6% nooit naar school geweest, de mannelijke TBA's hadden allemaal school gelopen in het secundair of basisonderwijs. De vrouwelijke TBA's hadden dus een lagere tot geen scholingsgraad (Kaingu et al., 2011). Dit gebrek aan educatie was ook kenmerkend in Zambia, bij het opstellen van een trainingsprogramma werden de karakteristieken van de onderzoekspopulatie in kaart gebracht. Slechts 13% van de onderzoekspopulatie was verder geraakt dan de basisschool en 17% was helemaal niet geschoold (Gill, Guerina, Mulenga, Knapp, Mazala & Hamer, 2012). In Malawi hadden de TBA's (n=81) gemiddeld 4,1 jaar basisonderwijs gevolgd. (Chen et al., 2011). De door Saravanan et al. (2011) onderzochte TBA's (n=38) in India waren allemaal gehuwde moeders met een lage scholingsgraad, slechts negen van hen waren geschoold. Dit waren de jongere TBA's. De ongetrainde TBA's waren over het algemeen ouder (>49 jaar). Chary et al. (2013) interviewden 44 Guatemalteekse lay midwives en beschreven hun karakteristieken. Ze hadden een zeer lage scholingsgraad, 63% van hen was nooit naar de basisschool geweest. De overige lay midwives hadden gemiddeld 1,3 jaar scholing genoten. Bovenstaande bevindingen komen overeen met een Cochrane review die besluit dat TBA's een lage tot geen scholingsgraad hebben en daarbij vaak analfabeet zijn (Sibley et al., 2009).

2.5.2 Kennisoverdracht

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat TBA's geen of een zeer beperkte vooropleiding hebben gehad, hoe bekomen ze nu echter de kennis om de rol van TBA uit te oefenen? Kaingu et al. (2011) gaven de kennisoverdracht bij de Keniaanse TBA's weer per geslacht. Van de geïnterviewde vrouwelijke TBA's leerden 68% verloskundige vaardigheden via geoefende familieleden, slechts 21,4% leerden dit van een andere TBA uit de gemeenschap. Goddelijke interventie werd ook aangehaald als een manier voor het bekomen van kennis, wat aantoont dat TBA's een spirituele waarde hechten aan de geboorte (Kaingu et al., 2011; Chary et al., 2013). Ook bij de mannen werd het overgrote deel van de kennis (79,1%) doorgegeven via familieleden, geen enkele mannelijke TBA had ervaringen opgedaan bij een andere TBA.

De 81 TBA's in Malawi leerden de rol van TBA door bevallingen te verrichten, te helpen bij een bevalling van de buurvrouw of ze verkregen hun kennis en vaardigheden via hun moeders en zussen (Chen et al., 2011). Dit komt overeen met India, waar de ongetrainde TBA's het vak leerden van hun moeder, een familielid (50%) of door ervaring (50%). De getrainde TBA's hadden al hun ervaring opgedaan bij trainingsprogramma's van niet gouvernementele organisaties (ngo's), maar hadden minder jaren ervaring en deden minder bevallingen per jaar dan de ongetrainde TBA's (Saravanan et al. 2011).

De TBA's geven hun vaardigheden en kennis van verschillende geneeskrachtige planten door van generatie op generatie, zonder geschreven bronnen. Het gebruik van planten en kruidenmengsels komt nog steeds frequent voor bij TBA's en is ook cultureel aanvaard, zo zijn er kruiden die gebruikt worden om de arbeid te starten, de contracties te versterken of om zwangerschapskwaaltjes te behandelen (Vyagusa et al., 2013; Kaingu et al., 2011). Kaingu et al. (2011) benadrukten echter dat er verder onderzoek moet worden gevoerd naar de efficiëntie en mogelijke bijwerkingen van deze kruidenmedicijnen, zodat TBA's kunnen aangemoedigd worden om nog enkel de wetenschappelijk onderbouwde kruiden te gebruiken, zonder hierbij schade toe te brengen aan moeder en kind.

2.6 Rol in de gemeenschap

TBA's leven dicht bij hun gemeenschap, ze geraken bekend om hun bijstand tijdens de bevalling. Hierdoor worden ze geapprecieerd voor hun diensten en worden ze meer familiair met de andere inwoners. Dit staat in schril contrast met het geschoold personeel in de rurale gezondheidszorg, die vaak uit andere gebieden komen en als indringer of vreemde worden beschouwd (Vyagusa, Mubyazi & Masatu, 2013). 98% van de ondervraagde TBA's in Zambia ziet landbouw als hun voornaamste activiteit (Gill et al., 2012). Ook in India werken de meeste ongetrainde TBA's in de landbouw (Saravanan et al., 2011). TBA's kunnen dus nog andere rollen vervullen in de gemeenschap, afhankelijk van de plaatselijke cultuur en hun eigen voorkeur (Sibley et al., 2009).

2.7 Motivatie beroepskeuze

Van de TBA's kiest 79% voor het beroep uit eigen motivatie en 26% om de traditie van hun familie voort te zetten. De helft van hen ontvangt geld voor hun diensten, 1/3e vraagt niets en doet de bevalling vrijwillig. De getrainde TBA's vragen vaker geld voor hun diensten (Vyagusa et al., 2013). De in Malawi ondervraagde TBA's (n=81) bieden hun diensten gratis aan (Chen et al., 2011). TBA's hebben naast hun verloskundige praktijken nog vaak een andere bron van inkomsten. Zoals eerder aangehaald werken voornamelijk de oudere en ongetrainde TBA's nog in de landbouw (Gill et al., 2012; Saravanan et al., 2011).

TBA's zijn dus over het algemeen oudere vrouwen, die in hun gemeenschap worden geraadpleegd omwille van hun ervaring en wijsheid. TBA's zijn vaak analfabeet en hebben een lage scholingsgraad. Ze worden vergoed met geld of met geschenken, maar veel TBA's vragen geen vergoeding in ruil voor hun diensten (Sibley et al., 2009; Kamal, 1998; WHO, 1992).

3 Beleid ten aanzien van de traditional birth attendants

Er is de laatste jaren een groot debat ontstaan over het betrekken van TBA's in de maternale gezondheidszorg. Veel landen hebben het moeilijk om de TBA een plaats te geven in de moderne gezondheidszorg en hebben hier ook geen duidelijk beleid voor.

TBA's worden sinds eind 1800 getraind. In het begin gebeurde dit voornamelijk door missionarissen. Het is pas de laatste decennia van de 20^{ste} eeuw dat TBA training als een globale welzijnsstrategie wordt gebruikt. In de jaren '70 verklaarde de WHO het trainen van TBA's volledig te ondersteunen, om een verbetering van de primaire gezondheidszorg te bekomen. Dit standpunt van de WHO zorgde ervoor dat de ontwikkelingslanden meer en meer trainingsprogramma's gingen opstarten. In 1972 hadden slechts 20 landen TBA trainingsprogramma's opgericht, eind jaren '90 had 85% van de ontwikkelingslanden enige vorm van training voor TBA's. Het enthousiasme over deze strategie temperde echter in de jaren '90. In 1997 pleitten de WHO en vele zorgverleners voor de promotie van SBA's, waarbij de rol van de TBA herzien zou worden. Hierbij zou de TBA dan als link fungeren tussen de lokale bevolking en professionele zorgverleners (Sibley & Sipe, 2006). Verschillende landen volgden deze aanbevelingen en veranderden hun beleid ten opzichte van TBA's. Ze gingen meer investeren in SBA's voor de opvolging van moeder en kind (Saravanan et al., 2011). Zo heeft de regering in **Ghana** een reglement opgesteld waarbij TBA's fysiologische bevallingen mogen uitvoeren, maar de gecompliceerde zwangerschappen en bevallingen moeten onmiddellijk naar het ziekenhuis doorverwezen worden (Ebuehi & Akintujoye, 2012). Dit komt overeen met **Rwanda**, waar het Ministerie van Gezondheid in 2008 een trainingsprogramma heeft opgezet om TBA's verpleeg –en verloskundige basisvaardigheden aan te leren. De regering hoopt zo het tekort aan geschoold personeel te compenseren. Er is namelijk maar 1 vroedvrouw beschikbaar voor 10 000 mensen. Voor TBA's die het trainingsprogramma niet hebben gevolgd, is het officieel verboden om bevallingen uit te voeren. Zij worden wel ingezet om zwangerschappen op te volgen, om prenatale zorg te promoten en om gezondheidsvoorlichting te geven (Twahirwa, 2010).

In **Sierra Leone** werden TBA's verboden in 2011, het land had op dat moment het hoogste maternale mortaliteitscijfer ter wereld. Daarom introduceerde de regering een initiatief met gratis gezondheidszorg, waarbij zwangere vrouwen zorg en steun konden krijgen zolang ze in een ziekenhuis zouden bevallen. TBA's die toch actief blijven en hierop betrappt worden, krijgen een boete. Ondanks deze maatregelen blijven veel TBA's hun job voortzetten. Ze bezoeken regelmatig de zwangere vrouwen in de nabije dorpen. De vrouwen willen hen er graag bij omdat ze van dezelfde streek zijn en de TBA vertrouwen (Whitaker, 2012).

De overheid in **Kenia** probeert het MMR drastisch te reduceren door de ziekenhuisbevalling gratis te maken. Ze hopen dat moeders hierdoor minder snel een TBA zullen raadplegen. De overheid vindt dat TBA's hun activiteiten beter beperken tot het opvolgen van de zwangerschap op gemeenschapsniveau. In sommige districten is het verboden voor TBA's om bevallingen uit te voeren (Wairimu, 2013; Makoka, 2013).

Malawi volgde de algemene trend door TBA's te verbieden vanaf 2007. In 2011 schortte de president het verbod op, omdat uit studies bleek dat 43% van de vrouwen nog steeds zonder professionele begeleiding beviel door het tekort aan infrastructuur en personeel in rurale gebieden. De president stelde voor om TBA's te trainen in het diagnosticeren van zwangerschapscomplicaties (Masina, 2011).

Uganda is een ander Afrikaans land dat TBA's verboden heeft. De regering nam deze beslissing in 2010. Ze zorgden ervoor dat ngo's geen trainingen meer gaven, want volgens bevindingen van het ministerie slaagden TBA's er niet in om vrouwen adequaat door te verwijzen. De regering erkende dat er een groot tekort is aan geschoold personeel, maar dat ze gemixte signalen zonden door TBA's te trainen (Malinga, 2010).

De regering in **Guatemala** heeft zich de voorbije jaren gefocust op het voorzien van trainingsprogramma's voor lay midwives. Het Ministerie van Gezondheid in Guatemala geeft een certificaat aan lay midwives die permanente educatie volgen. Zonder dit certificaat oefenen ze hun praktijk dus illegaal uit. De trainingen vinden meestal één dag per maand plaats in een regionaal of lokaal ziekenhuis. Deze maatregel van het Ministerie wordt ondersteund door het feit dat koppels die bevallen met een niet erkende lay midwife, geen geboortecertificaat krijgen voor hun kind. Omdat het MMR in Guatemala echter niet afnam (110/100000), volgt de regering nu meer het globale beleid ten opzichte van TBA's. Ze focussen zich nu op SBA's en het bevallen in ziekenhuizen, hierdoor worden er veel minder fondsen vrij gemaakt voor trainingsprogramma's voor lay midwives en zijn de trainingsprogramma's ook veel minder complex geworden. Zoals in vele andere landen waar TBA's actief zijn, is er ook in Guatemala een groot tekort aan professionele zorgverleners. Dit tekort laat zich vooral merken in de rurale gebieden, aangezien 80% van de artsen actief is in de hoofdstad (Chary et al., 2013).

4 Populariteit van de traditional birth attendants

TBA's worden nog steeds geraadpleegd omdat ze toegankelijk en cultureel aanvaard zijn. Ze genieten veel respect binnen de kleine rurale gemeenschappen, daarom worden sommige vrouwen door hun omgeving onder druk gezet om thuis te bevallen. Samen met dit sociale aanzien, zorgen problemen in de gezondheidszorg ervoor dat vrouwen in rurale gebieden thuis blijven bevallen zonder professionele begeleiding. Verpleeg- en vroedkunde geniet niet veel prestige in de ontwikkelingslanden en er is een groot tekort aan professionele zorgverleners. Bovendien zijn de meeste zorgverleners opgeleid en/of opgegroeid in de steden, waardoor ze minder geneigd zijn om in rurale zorginstellingen te gaan werken (Kamal, 1998). Een ander probleem is de lange afstand tot sommige gezondheidsinstellingen en het onbetrouwbare transport er naar toe (Kaingu et al., 2011; Kamal, 1998).

Vyagusa et al. (2013) wijzen op het wantrouwen bij de bevolking in Sub-Sahara Afrika ten opzichte van de formele gezondheidsinstellingen. De negatieve publieke opinie groeit voort uit het tekort aan geschoold personeel en centra om naar door te verwijzen, het tekort aan medicijnen en kwalitatieve infrastructuur, de lange wachttijden en de onrespectvolle behandeling door de professionele zorgverleners. Daarbij hebben veel vrouwen angst voor een keizersnede en proberen ze zo lang mogelijk thuis te blijven tijdens de arbeid (Mbaruku et al., 2009). Deze algemene ontevredenheid over de professionele gezondheidszorg staat in contrast met het aanzien van de TBA. Zij vragen vaak geen geld en verlenen bijkomende diensten zoals koken, poetsen en wassen. Het is dus niet moeilijk om te begrijpen waarom de lokale bevolking hen trouw blijft.

De hierboven vermelde oorzaken voor de blijvende populariteit van TBA's, worden bevestigd in het onderzoek van Ebuehi en Akintujoye (2012). Zij wilden de perceptie en het gebruik van TBA's bij vrouwen uit het ruraal gebied in Ogun (Nigeria) weergeven. Ze gebruikten vragenlijsten die door 250 vrouwen werden ingevuld. Hieruit bleek dat veel vrouwen zich wendden tot TBA's omdat zij cultureel aanvaard zijn, betere psychosociale begeleiding geven bij de geboorte en omdat ze meer empathie tonen dan de professionele zorgverleners. Bovendien zijn ze goedkoop en zeer toegankelijk. 76,9% van de gebruikers vond dat de zorg van de TBA efficiënt was, maar vond ook dat extra training zeker kan bijdragen aan betere zorg. Deze resultaten geven aan dat er een positieve beeldvorming is over TBA's in ruraal Nigeria. Daarom geloven Ebuehi en Akintujoye (2012) dat TBA's toch een belangrijke rol kunnen spelen in de moeder- en kindzorg, aangezien de professionele gezondheidszorg met een aantal problemen kampt. Er is echter één geïnccludeerde studie die alle voorgaande literatuur tegensprekt. Het onderzoek van Mbaruku et al. (2009) beweert dat vrouwen in Tanzania net minder tevreden zijn over de zorg bij een TBA in vergelijking met de zorg in de gezondheidsinstellingen. Het onderzoek werd uitgevoerd in Kasulu district, een onderdeel van de regio Kigoma. Aan de hand van vragenlijsten werd de tevredenheid over de zorg onderzocht bij vrouwen die bevielen met een TBA versus vrouwen die bevielen in een professionele gezondheidsinstelling. Er waren 1205 beantwoorde vragenlijsten, waaruit bleek dat 66,7% zeer tevreden was over de ervaring in het ziekenhuis tegenover 21,2% bij een TBA. Van de gehele vrouwelijke onderzoekspopulatie vond slechts 0,3% dat de dokters of verpleegkundigen een tekort aan vaardigheden hadden t.o.v. 23,1% bij de TBA's. Bij de vrouwen die thuis bevielen deed 19% dit op aanraden van hun echtgenoot of van de TBA.

Waarom deze studie zo een andere uitkomst heeft, is moeilijk te verklaren. De auteurs wijzen er op dat de resultaten beïnvloed kunnen zijn doordat de onderzoekspopulatie zich bewust was van de sociale verwachtingen. De bevolking van de Tanzaniaanse gemeenschappen weet immers goed dat de overheid zo veel mogelijk de zorg bij SBA's wil promoten. Daarbij zijn er de voorbije jaren veel inspanningen geleverd om het hoge MMR in Kigoma District te reduceren, waarbij de geboortecentra fors gesubsidieerd werden door de overheid. Dit kan mede voor een positievere perceptie bij de bevolking hebben gezorgd.

In Bangladesh spelen vrouwelijke familieleden en TBA's een grote rol tijdens de arbeid en bevalling. Slechts 16% wordt bijgewoond door een SBA en slechts 11% bevalt in een ziekenhuis. Zelfs koppels uit de hogere sociale klassen schakelen TBA's in. Het lage cijfer van een SBA tijdens de geboorte in Bangladesh is te verklaren door de culturele voorkeur voor thuis bevallen (Rowen et al., 2011).

5 Traditional birth attendants in Tanzania

De overheid in Tanzania is er de voorbije jaren niet in geslaagd om het MMR te reduceren. Daarbij is er ook geen consensus over het exacte MMR, aangezien er variërende data zijn die op een verschillende manier worden verzameld (Vyagusa et al., 2013). Volgens schattingen van de WHO zou het MMR 410 op 100 000 bedragen (WHO, 2014).

In 2010 beviel 48% van de vrouwen thuis, 50% van de vrouwen beviel in een gezondheidsinstelling. 51% van de vrouwen werd bijgestaan door een professionele zorgverlener, 29% door verwanten, 15% door TBA's en 3% zonder enige hulp (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013). Het aantal vrouwen dat bevalt in gezondheidsinstellingen neemt langzaam toe maar staat in schril contrast met de antenatale consultaties (ANC) in het ziekenhuis, waar 96% gebruik van maakt (Mselle et al., 2013). Dit valt te verklaren door verschillende factoren. De vrouwen hechten veel belang aan ANC omdat ze zo meer zekerheid hebben over een goed verloop van de zwangerschap. Ze krijgen namelijk vaccinaties tegen tetanus en anti-malaria medicatie. Bovendien ontvangen ze een zwangerschapskaart, waarin de bevindingen van de ANC worden genoteerd. Met deze kaart krijgen ze gratis zorgverlening tijdens zwangerschap en bevalling. De zwangerschapskaart zorgt voor onmiddellijke hulpverlening in de gezondheidsinstellingen indien er complicaties zijn, dit is een grote motiverende factor. Daarbij ontvangen ze op de ANC een reductiebon voor een geïmpregneerd muskietennet (Mrisho, Obrist, Schellenberg, Haws, Mushi, Mshinda et al., 2009).

De TBA vervult een belangrijke rol in de reproductieve en maternale gezondheidszorg in Tanzania. De overheid van Tanzania wil de TBA's enkel promoten in het voorzien van maternale en neonatale gezondheidsvoorlichting en het tijdig doorverwijzen bij problemen. Het begeleiden van de bevalling wordt niet aan hen toevertrouwd, de overheid heeft als doel zoveel mogelijk vrouwen bij een SBA te doen bevallen. In Tanzania wordt er al een enorme vooruitgang opgemerkt in het reduceren van de kindermortaliteit, maar de maternale mortaliteit neemt amper af. Volgens de WHO kunnen TBA's belangrijke elementen vormen voor 'a safe country's motherhood strategy'. Dit zal tevens het aantal bevallingen die gedaan worden door SBA's verhogen. De WHO stelt dat TBA's kunnen ingezet worden als pleiters voor deskundige zorg, waarbij ze vrouwen stimuleren om hulp te zoeken bij een SBA. Deze SBA's zijn opgeleid en getraind om te voorzien in de vaardigheden om een ongecompliceerde zwangerschap, geboorte en onmiddellijk postpartum te begeleiden. Toch blijven TBA's nog te vaak gecompliceerde bevallingen uitvoeren. Het gebruik van TBA's werd in de hand gewerkt door de overheid die hen in 1980 rekruteerde. Ze komen steeds minder voor omdat de overheid hiermee stopte en nu dus perinatale begeleiding door SBA's promoot (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013).

In Tanzania zijn er ongeveer 1 miljoen traditionele geneeskundige beoefenaars, waarvan 40% TBA's zijn. De gemiddelde leeftijd is 50 jaar en ouder. De helft van de TBA's in Tanzania hebben geen basisopleiding gehad (Vyagusa et al., 2013).

Het MMR in Kigoma Rural district (757/100 000) is een stuk hoger dan in de andere drie districten van de regio Kigoma (West-Tanzania). De Districtsraad besloot hierdoor om 160 TBA's te trainen tussen 1999 en 2001. Vyagusa et al. (2013) interviewden 157 getrainde TBA's uit Kigoma om hun praktijken en hun kennis over verloskundige spoedgevallen weer te geven.

Hieruit bleek dat TBA's een bevallingslogboek hebben dat ze moeten invullen met vermelding van de bevallingsdatum en het nummer van de bevalling. Velen onder hen hebben ook een bevallingskit ontvangen na de trainingssessies maar nadat ze deze kit vijf jaar geleden hebben gekregen werd dit niet meer opgevolgd door de verantwoordelijke professionele zorgverleners. De TBA's weten dus niet waarmee ze het gebruikte materiaal moeten vervangen. Door de moeilijke bereikbaarheid van de weinige zorgcentra zijn er veel thuisbevallingen in Kigoma Rural District. Het district kampt met slechte wegen, daarbij zijn er ook communicatieproblemen omdat het telefoonnetwerk niet goed functioneert. De kenmerken van de TBA's in Kigoma Rural District komen overeen met de globale kenmerken, zoals hierboven vermeld. 57,3% was 50 jaar of ouder, 50% was ongeschoold en 45% had enkel basisscholing gevolgd. Alle TBA's waren vrouwen. Er bleek geen significant verschil te zijn tussen de kennis van semistedelijke en rurale TBA's. Het overgrote deel van de geïnterviewde TBA's (92,9%) in Kigoma District gaf zelf aan dat ze meer trainingsmogelijkheden nodig hebben om te kunnen functioneren in de maternale gezondheidszorg. Bijkomende noden zijn vergoedingen, gepast materiaal en supervisie van het District Health Management Team.

Pfeiffer en Mwaipopo (2013) interviewden 270 individuen, waaronder TBA's, vrouwen die bevallen zijn in de voorbije twee maanden en leden van de gemeenschap. Er is een groot verschil in de keuze van de gezondheidszorg tussen vrouwen in stedelijke of rurale gebieden. Zo kiest 82% van de vrouwen in stedelijke gebieden voor een bevalling in een gezondheidsinstelling, terwijl slechts 42% van de zwangere vrouwen in rurale gebieden bevalt in een gezondheidsinstelling. In Dar es Salaam is dit contrast nog groter, daar prefereerden alle geïnterviewden voor een ziekenhuisbevalling en zagen ze TBA's als hoofdoorzaak van de maternale en neonatale sterftes. Bovendien kenden niemand van hen een TBA die in de stad zijn praktijken uitvoerden.

In de rurale gebieden heeft de scholingsgraad hoogstwaarschijnlijk een invloed op het al dan niet kiezen voor een TBA. Jonge vrouwen tussen 15 en 22 jaar hebben liever geen mannelijke zorgverlener en kiezen sneller voor de assistentie van een TBA. Ondanks het feit dat Tanzania een hoge dekking van ziekenhuis kosten heeft in vergelijking met zijn buurlanden zorgen andere factoren ervoor dat vrouwen thuis bevallen, zoals de locatie en de afstand tot een ziekenhuis, het slechte vervoer naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, slechte wegen of een plotse, onverwachte bevalling. Het transport blijkt ook in andere artikels een groot werkpunt te zijn voor de overheid. (Mselle et al., 2013; Vyagusa et al., 2013). Daarbij kiezen veel vrouwen om in een vertrouwde omgeving te bevallen met iemand van binnen hun gemeenschap of dorp. De TBA's van de rurale gebieden verlenen ook antenatale en postnatale zorg.

Bij de stedelijke TBA's van Tanzania wordt er opgemerkt dat ze geen specifieke antenatale en postnatale zorg verlenen. Vaak bieden ze algemeen advies aan wanneer de zwangere vrouw dit nodig heeft. Hun rol in het stedelijk deel van Tanzania houdt vooral in dat ze de zwangere ondersteunen en de bevalling begeleiden. Hierna worden de vrouwen doorverwezen worden naar een ziekenhuis, voor een postpartumcontrole. Één op de vier TBA's heeft in het verleden een training genoten van een gezondheidswerker. De opgedane kennis geeft de TBA door aan haar collega's en gaar gemeenschap. In Dar es Salaam konden Pfeiffer en Mwaipopo (2013) maar vier TBA's traceren, deze waren vrouwen boven 60 jaar. Het aantal stedelijke TBA's neemt af, er zijn weinig kandidaten om hen op te volgen.

Mselle et al. (2013) namen interviews af met zestien vrouwen, vijf vroedvrouwen en zes partners. Daarbij organiseerden ze een focusgroepsdiscussie met mensen uit de gemeenschap. Uit deze interviews bleek een grote ontevredenheid over perinatale zorg in de Tanzaniaanse zorginstelling. Door het groot tekort aan zorgverleners, hebben de vroedvrouwen te maken met een grote werklast. De vrouwen hadden zeer negatieve ervaringen met het personeel in de geboortecentra. Er werd gerapporteerd dat het personeel onverschillig was, geen uitleg gaf en de vrouwen zelfs geslagen en uitgescholden werden tijdens hun arbeid. Dit is een fenomeen dat ook wij hebben waargenomen tijdens de stage, het was geen uitzondering dat de vrouwen geslagen werden om hen te doen gehoorzamen. De attitude van de SBA's kan verklaard worden door de onderbemanning in de ziekenhuizen, tekort aan materiaal, tekort aan donorbloed en het tekort aan supervisie. Dit zorgt voor een demotivatie bij de vroedvrouwen. Het tekort aan personeel bedraagt 65% in de publieke sector en 86% in de privésector.

Vyagusa et al. (2013) concluderen dat TBA's nog steeds een belangrijke rol vervullen in hun land, zeker zo lang de gezondheidszorg er in faalt om adequate en kwalitatieve zorg te bieden aan de Tanzaniaanse bevolking. Ze benadrukken ook het belang van opvolging, evaluatie en training van de TBA's om wanpraktijken te beperken. Hierbij is een efficiënt systeem nodig voor doorverwijzing, iets wat nu nog te weinig gebeurt. Er zijn in Tanzania verschillende trainingsprogramma's opgestart om TBA's te betrekken bij de Emergency Obstetric Care (EmoC) diensten. Er zijn echter veel twijfels over de bekwaamheid van TBA's om veilige en verantwoorde bevallingen uit te voeren. Critici geven aan dat de trainingen vaak inadequaet zijn, zoals te merken is aan hun curricula en inhoud.

6 Bijscholingsmogelijkheden

Doorheen de jaren '70 en '80 promootte de WHO het trainen van TBA's en werd de focus voornamelijk gelegd op veilig en hygiënisch bevallen door middel van trainingsprogramma's over handhygiëne, oppervlaktehygiëne en navelstrengzorg. Ook het belang van borstvoeding werd sterk benadrukt. De inhoud van de training is doorheen de jaren veranderd naar verschillende andere reproductieve onderwerpen zoals familie planning, HIV preventie, identificeren van risicozwangerschappen en doorverwijzing. Sinds de jaren negentig werd de training van TBA's steeds meer als inefficiënt beschouwd, door het amper dalende MMR in ontwikkelingslanden. Hierdoor veranderden veel landen hun beleid, waarbij de investeerders hun fondsen niet meer gingen besteden aan TBA training, maar investeerden in SBA's bij de bevalling (Saravanan et al., 2011).

Onderzoekers zijn echter bezorgd omdat er een bewezen tekort is aan kwalitatieve gezondheidszorg in vele ontwikkelingslanden door personeelstekorten en slechte infrastructuur. Hierdoor worden TBA's nog steeds geraadpleegd en kan zelf de verandering van het beleid hen niet elimineren (Saravanan et al., 2011; Vyagusa et al., 2013). Ook is er geen sterke wetenschappelijke basis voor het bepalen van de effectiviteit van de trainingen. Investeerders, lokale overheden en ngo's hebben wereldwijd geïnvesteerd in TBA trainingen, maar hierbij is weinig aandacht besteed aan de systematische evaluatie van de trainingen, waardoor het moeilijk is om hun effectiviteit te bepalen (Sibley & Sipe, 2004). In de studies over de effectiviteit van TBA trainingen wordt er amper iets vermeld over de methodologie van de trainingen (aard van trainers, wijze van les geven, educatiemateriaal,...). Het is dus moeilijk om de precieze effectiviteit van de trainingen te vergelijken en te evalueren.

Er is een grote variatie in het trainingsaanbod. Ze worden opgesteld door lokale en nationale overheden, ngo's, missies en individuen. Dit geldt ook voor de inhoud van het curriculum. De inhoud van de trainingen richt zich voornamelijk op preventieve zorg in plaats van acute zorg en spoedgevallen. Veel TBA's worden getraind om complicaties tijdens de bevalling en het postpartum te herkennen en vervolgens hun cliënten door te verwijzen naar een zorginstelling. Dit kan mede verklaren waarom er zo weinig effect is op de MMR, omdat TBA's niet weten hoe ze deze complicaties zelf moeten managen. De meeste trainers zijn zelf vroedvrouw of verpleegkundige in een professionele zorginstelling (Rowen et al., 2011; Sibley & Sipe, 2004). De trainers van TBA's hebben een zware taak aangezien ze veel te maken hebben met analfabete TBA's en zelf altijd geleerd hebben via geschreven bronnen. Er moet dus gebruik worden gemaakt van alternatief educatiemateriaal zoals illustraties, poppen, rollenspelen, etc. De leerlingen in deze trainingen zijn vaak ouder dan de leerkrachten en hebben vaak meer ervaring in het begeleiden van bevallingen dan de leerkrachten, ook dit kan het leerproces bemoeilijken. De trainers moeten begrijpen dat het niet alleen gaat om het aanleren van bepaalde technieken, maar ook om het afleren van schadelijke handelingen die nog in gebruik zijn bij sommige TBA's (bv. bepaalde kruidenmengsels).

Sibley en Sipe (2004) probeerden de effectiviteit van TBA trainingen in een meta-analyse van 60 studies te meten. Dit gebeurde aan de hand van de vier variabelen: kennis, attitude, gedrag en advies. Deze variabelen waren significant verhoogd na het trainen van TBA's. Het is echter moeilijk om te bepalen wat 'gedrag' precies inhoudt, deze variabele werd gemeten door interviews met TBA's. TBA's weten wat de verwachtingen zijn na een training en kunnen hun antwoorden hier op hebben aangepast.

Het echte niveau van verloskundige vaardigheden is dus moeilijk te bepalen, tenzij er echt toezicht is op de praktijken van de TBA's na de training. In een andere review includeerden Sibley et al. (2009) 4 studies met een populatie van meer dan 2000 TBA's en 27000 vrouwen. In de review konden er geen eenduidige conclusies worden getrokken over het effect van TBA training op maternale mortaliteit en het doorverwijzen naar zorgcentra. Dit werd veroorzaakt door tekort aan data, beïnvloedende factoren en studies met tegensprekende resultaten. Zo was er een studie die een significante stijging opmerkte van het aantal doorverwijzingen na de training, in zowel de controle als de interventiegroep. Dit kan worden verklaard door de gelijktijdige verbetering van het naartoe te verwijzen zorgcentrum. Het effect van de training op het aantal doorverwijzingen leek dus niet significant verschillend dan dit van de ongetrainde groep TBA's. Sibley et al. (2009) vonden wel eenduidigheid in één RCT over de neonatale uitkomsten en doodgeboortes bij 19557 zwangere vrouwen in Pakistan. De neonatale mortaliteit ($P < 0,001$) was significant lager bij de getrainde TBA's, alsook het aantal doodgeboortes ($P < 0,001$). Een belangrijke opmerking is dat in de bestudeerde rurale gebieden de mogelijkheid was om door te verwijzen naar een professionele zorginstelling. Dit effect van training op de neonatale mortaliteit komt overeen met de hierboven beschreven bevindingen uit Congo en Zambia (Gill et al., 2012; Matendo et al., 2011). Om meer generaliseerbare conclusies te kunnen trekken pleiten Sibley et al. (2009) voor verder onderzoek met een grotere populatie en minder invloed van externe factoren. Het effect van de trainingen blijkt te verminderen indien de TBA's hierna niet meer worden opgevolgd, ze hebben dan de neiging om te hervallen in oude gewoontes. Daarom is het aangeraden om regelmatige bijeenkomsten te organiseren na de training ter opfrissing van de nieuwe kennis en vaardigheden (Kamal, 1998).

6.1 India

De overheid in India focust zich enkel op het promoten van SBA's. Onderzoekers zijn echter bezorgd omdat er een bewezen tekort is aan kwalitatieve gezondheidszorg in India door personeelstekorten en slechte infrastructuur. Hierdoor blijven TBA's geraadpleegd worden en kan zelfs de verandering van het beleid hen niet elimineren. Thuis bevallen is daarbij nog zeer populair onder de vrouwen in Bangladesh, zelfs bij de hogere sociale klassen. Enkel 28% van de rijkste families in 2004 gebruikte een SBA. Voorstanders van TBA's vinden dan ook dat er tijd en energie moet geïnvesteerd worden in het actief trainen van TBA's om tegenstrijdige gezondheidsuitkomsten te voorkomen (Rowen et al., 2011; Saravanan et al., 2011). Hierdoor zijn er verschillende lokale organisaties die TBA's trainen in het herkennen van complicaties zodat ze kunnen voorzien in antenatale zorg en veiligere geboortes. Één van deze organisaties is Gonoshasthaya Kendra's staff (GK). Zij trainen TBA's zodat ze kunnen doorverwijzen naar gespecialiseerde obstetrische ziekenhuizen. De maternale mortaliteit in de regio's waar GK's trainingen plaatsvinden, is lager (145/100000 in 2005) dan het nationaal geschatte cijfer (320/100000 in 2004), al is het moeilijk om te besluiten dat dit louter door de trainingen komt. Rowen et al. (2011) bestudeerden twee trainingssessies van GK. Hun doel was het maken van een kwantitatief meetinstrument om de kennisoverdracht en het gedrag van de TBA's na de training te meten. De trainingen duurden telkens vijf dagen. Er werden vier belangrijke factoren beschreven: inhoud van de opleiding, training, methodologie en achtergrondkenmerken. De GK medewerkers kenden verschillende TBA's voordat deze studie werd opgestart.

Ze zijn de TBA's persoonlijk aan huis gaan uitnodigen om deel te nemen aan de trainingsprogramma's. Hierdoor ontstond er een groep van 45 TBA's. De TBA's waren vrij om deel te nemen aan deze trainingen.

Om de achtergrond van de TBA's in kaart te brengen, werden er vragen gesteld over hun ervaring, aantal begeleide bevallingen, vroegere trainingen en hun persoonlijke visie op ziekenhuisbevallingen. De kennisvragen werden voor en na de trainingen gesteld. Deze vragen waren gericht op antenatale zorg, hygiëne, eclampsie, hemorragie en neonatale zorg. De vragen waren gestructureerd en hadden 4 voorgeschreven antwoorden als optie. Iedereen had een vrije keuze om te antwoorden op de vragen en wanneer ze een verbale opmerking gaven, werd dit genoteerd door een interviewer. Elke trainingssessie werd geobserveerd en gefotografeerd. Na de training werd er een grote verbetering en vooruitgang opgemerkt. Er werd meer kennis overgebracht over de pasgeborene met apneu ($p < 0,001$), post partum heamorrhagie ($p < 0,001$), mate van bloedverlies ($p = 0,0042$) en convulsies ($p = 0,011$). Tijdens de trainingen werden verschillende materialen gebruikt om bepaalde onderwerpen duidelijk te maken. Rowen et al. (2011) besloten dat het uitsluiten van TBA's niet zinvol is omdat verloskundige noodfaciliteiten onderbemand zullen blijven zonder effectieve samenwerkingsverbindingen tussen verschillende gemeenschappen die de TBA's voorzien (Rowen et al., 2011).

Saravanan et al. (2011) onderzochten de effectiviteit van TBA trainingen ontwikkeld door de overheid in 2002. Het was een retrospectieve studie waarbij de evidence based kennis van de TBA's na de training ($n = 24$) en hun verloskundige praktijken werden vergeleken met een controlegroep ($n = 14$) van niet getrainde TBA's. De trainingsdocumenten werden ook nagekeken. Bij de training werd gebruikt gemaakt van video's, maar de onderzoekers merkten op dat hier weinig uitleg bij werd gegeven. Er was bij verschillende onderwerpen een tekort aan evidence based informatie, zo werd er geen aandacht besteed aan het wegen van de baby na de geboorte en werd aangeraden om de baby tussen de benen van de moeder te laten liggen tot de navelstreng was uit gepulseerd, zonder het kind in te wikkelen. De deelnemers kregen aan het einde van de training een bevallingskit met handschoenen, plastic onderlaken etc. Moeders reageerden echter niet altijd positief op het plastic laken en bevielen liever op jute lakens. De kit bleek dus niet overeen te stemmen met de plaatselijke cultuur waardoor veel materiaal niet gebruikt werd. Lokale perceptie van de gemeenschap is belangrijk voor de implementatie van bepaalde veilige verloskundige handelingen. De effectiviteit van de training werd hierdoor ook beïnvloed, aangezien TBA's bepaalde technieken bleven gebruiken omdat ze cultureel aanvaard zijn (bevallen op jute, insmeren van de navelstreng met olie,...). Volgens Saravanan et al. (2011) missen trainingsprogramma's de kans om bepaalde positieve traditionele praktijken te integreren en uit te werken in hun programma. Zo werd er in de cursus steeds gehamerd op het liggend bevallen, terwijl de meeste TBA's ook na de training de parturiënten steeds aanmoedigden om hurkend of zittend te bevallen. Dit is op zich geen schadelijke praktijk en ook de moeders gaven aan liever deze houding aan te nemen. Er is dus een tekort aan evidence based informatie in de TBA training en een tekort aan integratie van positieve lokale gewoonten. De outcome van de training zou verbeterd kunnen worden indien de trainers rekening zouden houden met de lokale gebruiken en de culturele achtergrond van de deelnemers, alsook met een betere selectie van de deelnemers.

Indien NGO's zoals GK of overheidsorganisaties trainingen opzetten is het belangrijk dat ze achtergrondinformatie verzamelen alvorens de training te ontwikkelen. Hierdoor begrijpen ze wat de achtergrond en de overtuigingen van de TBA's inhouden en kunnen ze er rekening mee houden. Dit komt de training alleen maar ten goede. Persoonlijke ervaringen, geloof en eerder opgedane kennis kunnen namelijk een invloed hebben op het leerproces en op de incorporatie van nieuwe kennis in de praktijk van de TBA. Samen met hun training is ook bewustmaking van de gemeenschap belangrijk in verband met de gezondheid van moeder en kind, want zij aanvaarden soms de nieuwe vaardigheden van getrainde TBA's niet. Daarom is het aangeraden om een baseline studie uit te voeren over de lokale gebruiken en attitudes alvorens een training op te starten. (Rowen et al., 2011; Saravanan et al., 2011).

6.2 Malawi

Sinds 1982 is er een nationaal trainingsprogramma opgericht voor TBA's in Malawi. Hierin participeerden meer dan 800 TBA's. Aan het einde van de 20e eeuw is dit trainingsprogramma stop gezet. In Malawi is het 'Taiwan Medical Mission' (TMM) een nieuw trainingsprogramma opgestart voor TBA's van 2004 - 2006. Om de kwaliteit van de trainingen te verzekeren werd er maar een bepaald aantal TBA's toegelaten, gemiddeld 20 – 35 personen per jaar. De TBA's kregen een maand lang intensieve training in het Mzuzu Central Hospital. De trainingen gingen over verschillende onderwerpen zoals antenatale zorg, perinatale zorg, veilig bevallen, hoogrisico zwangerschappen en indicaties om door te verwijzen naar lokale ziekenhuizen (anemie, ondervoeding, jonge primipara, grote multipara en HIV). Deze indicaties werden extra benadrukt en geïllustreerd met figuren op een 'transfer sheet'. Tijdens de trainingen konden TBA's de SBA's observeren en onder hun toezicht een bevalling begeleiden en uitvoeren. Een jaar na de eerste training werden alle TBA's terug uitgenodigd voor een tweede training. Deze cursus duurde weer een maand lang en diende om de opgedane kennis op te frissen. Een 'senior midwife' had een gestructureerde vragenlijst opgesteld met verschillende vragen over 4 specifieke onderwerpen: antenatale zorg, geboorte, postnatale zorg en algemene vaardigheden. Uit de resultaten bleek dat de kennis en vaardigheden het meest optimaal zijn meteen na de training en sterk verminderen het jaar na de training. Na de tweede cursus was het aantal goede antwoorden weer gestegen tot het aantal van net na de eerste training. Chen et al. (2011) benadrukken daarom het belang van opvolging en supervisie bij TBA trainingen, omdat ze anders dreigen te hervallen in oude gewoontes. Ook concludeerden ze dat er een opvallend verband was tussen de trainingen en de maternale en foetale mortaliteit. De participerende TBA's hadden in de bevallingen volgend op de training geen maternale sterfte. De reden hiervoor is dat er tijdens de training gehamerd werd op het doorverwijzen bij perinatale complicaties. Bij de deelnemende TBA's waren in de periode na de training 26 van de in totaal 1905 neonaten gestorven. Dit gebeurde bij de 17 TBA's met de laagste score en de laagste scholingsgraad, zij deden gemiddeld wel 2 keer meer bevallingen dan TBA's die geen perinatale mortaliteit tegenkwamen. De scores van de testen waren significant geassocieerd met jongere TBA's, hogere scholingsgraad en met TBA's die vaker getest werden en een kortere periode tussen de opfriscursus hadden zitten. De TBA's deden gemiddeld wel minder bevallingen.

6.3 Congo

In Congo is er een tekort aan training in neonatale resuscitatie bij TBA's. Daarom maakten Matendo et al. (2011) een secundaire analyse van specifieke data uit de Democratische Republiek Congo (DRC) die werd verzameld tijdens eens multinationale studie, namelijk het FIRST BREATH TRIAL. Deze studie wou het effect van het trainingsprogramma ENC (Essential Newborn Care, ENC) van het WHO op de perinatale outcomes evalueren. De ENC training werd in verschillende landen gegeven aan verloskundige zorgverleners en birth attendants. Hierna werd in sommige gemeenschappen een bijkomend trainingsprogramma geïmplementeerd, genaamd 'Neonatal Resuscitation Programme'. De gemeenschappen werden gerandomiseerd en dan in de controlegroep (zonder NRP-training) of in de interventiegroep (met NRP-training) gevoegd. Zo gebeurde dit ook in 12 rurale gemeenschappen in de DRC. Matendo et al. (2011) analyseerden enkel de resultaten van de studie in Congo, omdat de geïncludeerde landen enorm van elkaar verschilden qua professionele zorgverlening en toegang tot medisch materiaal.

De ENC training bestond uit workshops van drie dagen, verspreid over een maand. Er waren aparte workshops voor professionele hulpverleners en voor TBA's. Bij de TBA's werd er ook gewerkt met behulp van illustraties in plaats van tekst. Na deze trainingsperiode werden maandelijks meetings georganiseerd om de ENC kennis op te frissen. Zes gemeenschappen kregen nog een extra NRP-training met een opfrissing van de les na 6 maanden. Deze NRP training bleek echter geen effect te hebben op de perinatale outcomes. Onmiddellijk na de ENC en NRP trainingen was er weinig verschil te merken, maar na een jaar was er een duidelijke afname van de perinatale mortaliteit. Een verklaring hiervoor is dat herhaling en opfrissing van de technieken noodzakelijk is, vooraleer er een verbetering wordt gemerkt in de perinatale uitkomsten. Als de TBA's meer ervaring krijgen met de technieken zullen ze deze ook steeds beter uitvoeren. Bij alle birth attendants was er een daling te merken van de perinatale mortaliteit. De daling bij geschoold personeel was wel het grootst (Matendo et al., 2011). Ook in Zambia bleek de ENC-training een verlaging te veroorzaken in de vroege perinatale en neonatale mortaliteit. Bovendien kostte de training niet veel, wat maakt dat de training gepast is voor ontwikkelingsgebieden zoals ruraal Congo (Matendo et al., 2011). Matendo et al. (2011) merkten wel op dat ze dit niet met zekerheid konden stellen en dat de daling in perinatale mortaliteit ook te maken kon hebben met externe factoren (betere toegang tot zorginstellingen, geschoold personeel, ...). Toch concluderen ze dat een ENC training een significant effect kan hebben op de perinatale mortaliteit van de neonaat, indien de training regelmatig wordt opgefrist. Sibley en Sipe (2004) rapporteerden in hun meta-analyse ook een kleine, maar significante daling in de perinatale mortaliteit (6%) en neonatale mortaliteit door asfyxie (11%) na TBA training.

6.4 Trainingsmethode

Een train-the-trainer model is aan te raden in ontwikkelingsgebieden, omdat dit de impact van de isolatie van afgelegen gebieden zou verminderen. Bij dit model worden de lesgevers (trainers) eerst specifiek getraind door andere professionele zorgverleners om de inhoud van het trainingsprogramma af te stemmen op TBA's. Er is weinig literatuur waarin het precieze verloop, de educatiemethoden en de karakteristieken van de trainers worden beschreven. Dit tekort aan literatuur maakt het moeilijk om de trainingsprogramma's te evalueren (Foster et

al., 2013; Sibley et al., 2009). Gill et al. (2012) beschrijven dit echter wel in hun onderzoek, waarbij TBA's in Zambia getraind werden ter preventie van neonatale asfyxie en sepsis. De Lufwanyama Neonatal Survival Project (LUNESP) organiseerden een training die uit 2 belangrijke onderwerpen bestond. Het eerste was neonatale reanimatie en het tweede onderwerp was het correct gebruik van antibiotica (amoxicilline) bij neonatale sepsis. De training bestond uit een workshop van 5 dagen in juni 2006. Nadien was er een tweedaagse opfrissingscursus in groepen van 30 TBA's. Deze opfrissing ging 3 à 4 maandelijks door tijdens het studieverloop. De trainingen werden gegeven door een neonatoloog van het LUNESP-team en een Zambiaanse verpleegster-vroedvrouw, die zelf getraind was door de neonatoloog.

De trainingen begonnen elke dag met een gebed en een ceremonie, hier werd er gezongen en gedanst. Omdat de meeste van de TBA's moeilijkheden hadden met lezen en schrijven werden de trainingen voornamelijk mondeling gegeven. De trainingen waren zeer interactief en maakten gebruik van rollenspelen om bepaalde casussen te bespreken. Verschillende vaardigheden werden gedemonstreerd. De TBA's werden in groepen van vijf à zes personen ingedeeld, zo konden ze op poppen oefenen onder de supervisie van één of meerdere leden van LUNESP. Elke TBA moest de stappen van de neonatale reanimatie perfect uitvoeren voor het einde van de training. Wanneer alle groepen tevreden waren over hun ingeefde vaardigheden werden ze getest door de lesgever of de neonatoloog. Regelmatig werd een TBA aangeduid om in eigen woorden een begrip te verklaren aan de groep. Uiteindelijk werden de TBA's in twee groepen verdeeld, diegene die hun leerstof en vaardigheden meester waren en diegene die hier nog hulp bij nodig hadden. TBA's die hun leerstof en vaardigheden onder de knie hadden, werden gevraagd om 'peer educator' te zijn. De trainingen duurden tot de lesgever tevreden was en de groep alles begreep. Tijdens de tweedaagse opfriscursus mocht elke TBA voor de groep zijn recente ervaringen delen. Op deze manier kon de lesgever hen correcte feedback geven. Ook hier werd er gebruik gemaakt van peer education. Om de TBA's te motiveren, kregen ze een vergoeding voor hun transportkosten en kregen ze een bevallingskit ter beschikking. De LUNESP studie geeft aan dat getrainde TBA's zeer effectief kunnen zijn in het verlagen van de neonatale mortaliteit in rurale gebieden. Dit heeft te maken met de aanpak van de training. Er werd in de voorbereiding rekening gehouden met enkele belangrijke aandachtspunten. Zo selecteerden de onderzoekers een gebied met een groot tekort aan zorgverlening. Als tweede werd de gemeenschap bewust gemaakt van de perinatale risico's door het organiseren van focusgroepen met zwangere vrouwen, hun partners, zorgverleners en TBA's. De vooraanstaande oudere mannen van het dorp en religieuze leiders werden aangespoord om de gemeenschap bewust te maken van het trainingsprogramma. Als laatste werden de interventies gesimplificeerd en aangepast aan de beperkte middelen in de omgeving. Zo werd de wijze van educatie afgestemd op de lage scholingsgraad en het analfabetisme bij de TBA's aan de hand van rollenspelen, oefeningen, en mondelinge uitleg (Gill et al., 2012).

Chary et al. (2013) onderzochten hoe de trainingssessies in **Guatemala** precies verliep en waar de knelpunten zaten die hun beperkt succes verklaren. Een eerste knelpunt was de taal: 59% van de participerende lay midwives was ééntalig en sprak enkel een Maya-dialect, de rest sprak samen met dit dialect nog Spaans. De trainingssessies van het Ministerie van Gezondheid waren echter allemaal in het Spaans, veel lay midwives konden niet voldoende volgen en voelden zich buitengesloten in de les.

Deze communicatiestoornis zorgde er ook voor dat de trainers signalen van de deelnemers verkeerd interpreteerden. De lay midwives durfden geen vragen te stellen. De enkele lay midwives die wel Spaans verstonden moesten alles vertalen naar de lokale taal om zo de andere lay midwives te helpen. Hierdoor ontstond het nodige rumoer en gefluister waardoor de anderen zich ook niet meer konden concentreren. Training in de lokale taal zou de lessen een stuk efficiënter maken. Een tweede knelpunt was de attitude van de Guatemalteekse zorgverleners ten opzichte van de lokale lay midwives en hun praktijken. In de trainingen werd de focus voornamelijk gelegd op het elimineren van hun oude praktijken en was er een vijandigheid tussen de twee groepen, wat een goede samenwerking belemmerde. In andere literatuur wordt gemeld dat er veel slecht ontwikkelde trainingsprogramma's zijn die geen rekening houden met de plaatselijke cultuur, wat er voor zorgt dat lay midwives in Guatemala verder gemarginaliseerd worden (Chary et al., 2013).

In contrast hiermee staat een andere Guatemalteekse training van Midwives for Midwives. De training had duidelijk aandacht voor fysiologie en de band tussen moeder, kind en vroedvrouw. Dit is amper terug te vinden in de beschikbare literatuur. Voor aanvang van de training werd er geprobeerd om de plaatselijke gewoonten en gebruiken van de traditionele Maya vroedvrouwen zo veel mogelijk in kaart te brengen en te begrijpen. Zo kon men ook analyseren welke praktijken positief en welke schadelijk waren. Het NGO bracht dit in kaart door semigestructureerde interviews met 14 plaatselijke TBA's. Er werden ook notities bijgehouden van de tweewekelijkse ondersteuningsbijeenkomsten van de TBA's. Uniek aan deze training was het wederzijdse respect tussen de professionele vroedvrouwen en de TBA's. De TBA's meldden zich ook zelf aan om de trainingen te komen volgen, aangezien ze wilden bijleren. Een factor die dit bevorderde was dat de training niet puur medisch was en ook vertrok vanuit de plaatselijke filosofie en cultuur. De wijze van educatie varieerde: er werd mondeling les gegeven, gebruik gemaakt van audiovisuele hulpmiddelen, vaardigheidstrainingen en groepswerken. Aangezien de meeste TBA's geen Spaans konden en enkel een Maya-dialect spraken, werd er gebruik gemaakt van tolken. De training had verschillende sterke punten die een voorbeeld kunnen vormen voor andere trainingen. Zo werd iedere TBA gevraagd naar hun persoonlijke bevindingen van de training, de tweewekelijkse ondersteuningsbijeenkomsten bleven doorlopen en er was ook een team van zorgverleners beschikbaar om vragen te beantwoorden. Bovendien hebben de TBA's een permanente bibliotheek ter beschikking in het educatiecentrum, waar ze ook videomateriaal kunnen bekijken.

Er kan geconstateerd worden dat wanneer TBA's getraind worden, het niet universeel tot verbetering leidt. Na de training voelen de TBA's zich meer vertrouwd, wat er ook voor kan zorgen dat ze meer gevaarlijke procedures gaan uitvoeren (Vyagusa et al., 2013). Toch vinden Sibley en Sipe (2004) het logisch om TBA's te trainen in preventie, herkenning en initieel management van perinatale complicaties, maar enkel in gebieden waar thuisbevallingen frequent voorkomen en TBA's de meerderheid van de geboortes begeleiden. De trainingen kunnen dienen als een korte termijn strategie, terwijl de professionele gezondheidszorg verder uitgebouwd wordt. Het beleid moet zich dus baseren op de prevalentie van TBA's in de regio, de bestaande infrastructuur en toegankelijkheid van de zorgverleners in lokale, regionale en nationale settings. TBA training kan veelbelovend zijn om de peri-neonatale mortaliteit te verminderen, wanneer het gecombineerd wordt met verbeterde professionele gezondheidsdiensten (Sibley et al., 2009; Sibley & Sipe, 2004).

7 Praktisch gedeelte: de literatuur versus de praktijk in Tanzania

Gedurende onze acht weken stage in Kigoma hebben we gewerkt in twee gezondheidsinstellingen: het regionaal ziekenhuis in Maweni en het geboortecentrum in Ujiji. De kleinere geboortecentra, zoals Ujiji, verwijzen vrouwen met complicaties door naar Maweni. Hierdoor is er een hoger aantal keizersnedes in Maweni. De professionele zorgverleners worden door de overheid voor onbepaalde duur toegewezen aan een gezondheidsinstelling, afhankelijk van waar er een tekort is in het land. Hierdoor is het moeilijk om in Maweni via de vroedvrouwen contact te leggen met lokale TBA's. De vroedvrouwen komen vaak uit een andere regio in Tanzania. Ze weten wel dat er TBA's zijn in Kigoma, maar kennen ze niet persoonlijk. De mannelijke vroedvrouw Mzalendo vertelt ons dat TBA's voornamelijk voorkomen in de rurale gebieden in Ujiji en Kasulu. Hij weet niet of ze op dit moment getraind worden, maar enkele jaren geleden probeerde de overheid dit wel te stimuleren door ze op te bellen en ze te vragen om zich te registreren.

Het is opmerkelijk dat er vrouwen in arbeid binnen komen die thuis een kruidenmengsel hebben gedronken. Dit kunnen de vroedvrouwen zien aan het groene aspect van hun braaksel. Soms geven vrouwen toe dat ze dit mengsel van een TBA hebben gekregen om weeën op te wekken, al proberen ze dit vaak te verzwijgen. Zo was er de casus van een 17-jarig meisje dat moest overgeven tijdens haar arbeid. De arts was haar aan het berispen omdat ze een kruidenmengsel had gedronken. De arts in kwestie legde uit dat dit een veel voorkomend probleem is bij jonge meisjes met een lage scholingsgraad. Een ander voorbeeld in Ujiji was een 18-jarig meisje dat in arbeid was van haar eerste kind. Ook zij moest overgeven. De vroedvrouw ondervroeg haar en ze bekende dat ze een kruidenmengsel had gedronken. Ze zei dat ze dit niet van een TBA had gekregen, maar van haar grootmoeder. Het had haar grootmoeder destijds geholpen om de arbeid te induceren. Ondanks de gezondheidsvoorlichting bij de prenatale consultaties luisterde ze nog altijd naar het advies van de ouderen in hun familie. De vroedvrouw probeerde haar bij te brengen dat dit gevaarlijke kon zijn voor de baby. Toen we vroegen wat er in het mengsel zat kon ze hier niet op antwoorden. De prenatale opvolging in Tanzania is overigens beperkt. De meeste vrouwen bezoeken het ziekenhuis drie à vier keer voor een prenatale consultatie. De WHO raadt een minimum van 4 bezoeken aan tijdens de zwangerschap, maar de kwaliteit van die consultaties is bedenkelijk in Tanzania. Zo merkten we dat de bloeddruk vaak niet genoteerd was op de zwangerschapskaart en dat de hemoglobinewaarden niet waren gecontroleerd tijdens de zwangerschap. Het Tanzaniaanse Ministerie van Gezondheid is zich bewust van deze problematiek en merkt op dat de bloeddruk bij slechts 65% van de zwangere vrouwen wordt gecontroleerd. Ook de hemoglobinewaarden zijn maar bij 54% van de vrouwen gekend (Ministry of Health and Social Welfare Tanzania, 2008).

In Ujiji was de houding van de vroedvrouwen ten opzichte van de TBA's positiever dan in het Maweni ziekenhuis. Er zijn zelfs twee TBA's die regelmatig op de materniteit komen voor de doorverwijzing van hun cliënten. Zo hebben we dankzij de vroedvrouw Siwazuri één van hen kunnen spreken. De 49-jarige TBA, Asia, kwam haar cliënt binnen brengen om te bevallen. Naar eigen zeggen verwijst ze haar cliënten door om in Ujiji te bevallen en voor de postpartumcontrole. Asia is werkzaam als TBA sinds 1997. Daarnaast handelt ze in landbouwgewassen. Haar motivatie om TBA te worden was de zwangerschap en bevalling van haar dochter. Niemand in het dorp wist hoe een bevalling te verrichten, bovendien was het Maweni ziekenhuis te ver en de wegen er naartoe te slecht. Daarom wou zij deze taak op zich nemen.

Ze zegt altijd door te verwijzen en dus enkel de arbeid en de weg naar het ziekenhuis te begeleiden, toch heeft Asia al 40 bevallingen zelf verricht. Hiervan zou er nooit één bevalling met een complicatie geweest zijn. Daarnaast heeft ze 37 vrouwen doorverwezen. Een logboek heeft Asia niet, maar ze houdt wel haar aantal bevallingen bij. Ze verleent geen antenatale zorg, maar steunt de vrouw gedurende de arbeid. Asia vraagt niets in ruil voor haar diensten. Sommige vrouwen betalen haar, anderen niet. Als we vragen of ze kruidenmengsels bereidt, ontkent ze dit. Ze geeft de vrouwen enkel thee, iets wat ook in het ziekenhuis een vaste gewoonte is. De vroedvrouw vertelde achteraf dat ze uit ervaring vermoedt dat de TBA's wel kruidenmengsels aanbieden. Asia heeft geen basiseducatie gehad en is analfabete. In 2007 was er een training in Ujiji die ze wel heeft bijgewoond. De trainingscursus was verspreid over 3 maanden en werd geleid door een verpleegster. De TBA's leerden hoe ze een vaginaal onderzoek moesten verrichten en wanneer ze moesten doorverwijzen. De training werd mondeling in het Swahili gegeven en er waren mogelijkheden om te oefenen. Er was geen opfriscursus. Asia was tevreden over de training en zegt dat er voldoende oefenkansen waren. Asia kent nog vier andere TBA's in de gemeenschap. Onze medestudenten, Shannon en Yentl, hebben contact gehad met twee andere TBA's die in een dorpje in Ujiji wonen. De eerste was een islamitische medicijnvrouw, zij was 51 jaar oud. Door een visioen van Allah werd ze naar eigen zeggen aangespoord om TBA te worden. Al haar vaardigheden heeft ze bekomen door de ervaring en uitleg van Allah. Haar cliënten worden amper antenataal opgevolgd. Dit komt niet overeen met de literatuur over Tanzaniaanse rurale TBA's waar er vermeld wordt dat ze wel ante- en postnatale zorg verlenen (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013). Bij zwangerschapskwaaltjes geeft ze hen wel lokale kruiden om deze te verhelpen. In ruil voor haar diensten vraagt ze een vrije gift afhankelijk van de cliënten hun inkomen. De tweede TBA was een katholieke vrouw, van ongeveer 60 jaar, die daarnaast nog aan landbouw deed. Ook zij heeft dromen doorgekregen van God met de roeping om TBA te worden. In tegenstelling tot de islamitische TBA vraagt zij wel een vast bedrag van 5000 Tsh (\pm €2,5) per bevalling. Ze weet niet hoeveel bevallingen ze heeft verricht. Beide TBA's houden geen logboek bij en vinden dit ook niet belangrijk.

De bovenstaande kenmerken van de drie geïnterviewde TBA's komen sterk overeen met de geraadpleegde literatuur. Het zijn oudere vrouwen die zoals Asia een lage tot geen scholingsgraad hebben. Ze hebben vaak nog een andere bron van inkomsten zoals landbouw (Sibley et al., 2009; Kamal, 1998; WHO, 1992). Toch zijn er individuele verschillen. Zo geeft de ene TBA kruiden en de andere niet. Al kan Asia's antwoord ook beïnvloed zijn uit angst om dit toe te geven aan de vroedvrouwen. De gevraagde vergoeding verschilt per TBA.

Ook de twee laatst genoemde TBA's verwijzen hun vrouwen door voor controle en vaccinaties in het postpartum. In tegenstelling met Asia verwijzen ze vrouwen niet door om in het ziekenhuis te bevallen. Als reden geven ze de lange afstand tot het ziekenhuis. De literatuur gaf al eerder aan dat in Kigoma Rural District veel thuisbevallingen zijn door de slechte bereikbaarheid van de zorgcentra (Vyagusa et al., 2013). De twee laatst vernoemde TBA's hebben geen training gehad, al staat de islamitische TBA hier wel voor open. De overheid zou training beloofd hebben, maar heeft haar hiervoor nog niet gecontacteerd. Uit onderzoek bij 157 TBA's in Kigoma Rural District bleek dat 92,9% van hen meer trainingsmogelijkheden nodig heeft (Vyagusa et al., 2013). De katholieke TBA behoort niet tot deze groep, ze vindt training niet nodig omdat ze via God al haar kennis verkrijgt.

Beide TBA's hebben een certificaat van de overheid gekregen om het beroep van TBA uit te oefenen. De overheid van Tanzania ziet de rol van de TBA voornamelijk in de gezondheidsvoorlichting en het doorverwijzen voor de bevalling in het ziekenhuis (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013). Toch ontvangen deze TBA's blijkbaar een certificaat zonder dat ze enige training hebben gehad en verrichten ze thuisbevallingen.

In tegenstelling tot sommige andere Afrikaanse landen heeft Tanzania een open houding ten opzichte van TBA's. Ze krijgen een certificaat en hun rol in de gemeenschap wordt erkend. Ze mogen enkel bevallingen verrichten in geval dat de moeder die ze naar het ziekenhuis escorteren onderweg bevalt, thuisbevallingen zijn verboden. De TBA's moeten met een formulier van het dorps hoofd naar het ziekenhuis waarna de vrouw een postpartumcontrole krijgt. Op het formulier wordt bevestigd dat de bevalling onderweg is gebeurd. Indien ze dit formulier niet hebben, wordt er in theorie geen zorg verleend. Toch vinden er nog steeds veel thuisbevallingen plaats en is er weinig controle op het handelen van de TBA's. Daarom lijkt het ons aan te bevelen om adequate trainingen te organiseren zodat het aantal foutieve handelingen beperkt wordt. Dit kan zeker van pas komen in de rurale gebieden, waar de TBA's nog het meeste voorkomen. We vinden het beter om de certificaten voor TBA's pas toe te kennen ná het volbrengen van een trainingsprogramma. Op deze manier worden ze gestimuleerd om zich bij te scholen. Wanneer trainingen worden opgezet is het belangrijk om voor een systematische evaluatie te zorgen, iets wat nu amper gebeurt. Een éénmalige training zonder oprissingscursus zoals Asia heeft gevolgd, is minder duurzaam op lange termijn. Het is belangrijk om de opgedane kennis en vaardigheden regelmatig te herhalen voor een behoud van kennis en vaardigheden (Matendo et al., 2011). Voorlopig zijn er nog te veel problemen met de bereikbaarheid en de kwaliteit van de professionele gezondheidszorg, om de TBA's helemaal weg te denken uit de Tanzaniaanse verloskundige zorgverlening (Vyagusa et al., 2013).

8 Discussie

Hoewel er doorheen de jaren veel is geschreven over TBA's, was het moeilijk om voldoende, kwaliteitsvolle literatuur terug te vinden. In de jaren '70 en '80 is er veel onderzoek gevoerd omdat de WHO toen verklaarde het trainen van de TBA's volledig te ondersteunen, bijgevolg was veel literatuur te oud om te includeren. Over de verschillende soorten TBA's werd in deze bachelorproef slechts één basiswerk besproken uit 1998 (Kamal, 1998). Dit geeft dus een beperkt beeld. Het is daarbij moeilijk om de categorieën van TBA's duidelijk af te bakenen aangezien de grens tussen getraind en ongetraind niet altijd duidelijk is. Zo komen veel TBA's in contact met biomedische concepten in hun gemeenschap, ook al zijn ze niet getraind.

Het is opvallend dat TBA's voornamelijk oudere vrouwen zijn met een lage tot geen scholingsgraad, die vaak voorkomen in rurale gebieden. Enkel in het artikel van Kaingu et al. (2011) kwamen mannelijke TBA's voor. Eén van de mogelijke verklaringen van de lage scholingsgraad is het genderverschil op vlak van toegang tot formele educatie. Vrouwen in ontwikkelingslanden worden vaak geacht in het huishouden te helpen en school vroeger te verlaten (Vyagusa et al., 2013).

Het beleid ten aanzien van TBA's is verschillend per land. Dit maakt het moeilijk om een globale welzijnsstrategie te implementeren. De WHO heeft zijn visie over TBA's doorheen de jaren veranderd en pleit nu voor de promotie van SBA's, waardoor enkele Afrikaanse landen zoals Malawi en Sierra Leone, TBA's hebben verboden (Whitaker, 2012; Masina, 2011; Sibley & Sipe, 2006). Anderen zien TBA's als link tussen de lokale bevolking en professionele zorgverleners. Ook Tanzania volgt deze filosofie en ziet de rol van de TBA in het doorverwijzen van vrouwen naar het ziekenhuis en in het voorzien van gezondheidsvoorlichting. Dit staat in contrast met het grote aantal thuisbevallingen (48%) die vaak door TBA's of verwanten worden verricht (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013). De visie van de overheid komt dus niet overeen met de huidige praktijk in Tanzania. Het beleid over TBA's staat nog niet op punt, waardoor het moeilijk wordt om specifieke trainingen te voorzien. Het lijkt ons beter om aan TBA's pas een certificaat toe te kennen ná het volgen van een duurzaam trainingsprogramma. Het verbieden van TBA's heeft weinig nut als de professionele gezondheidszorg niet optimaal functioneert en er grote problemen bestaan met de infrastructuur en bereikbaarheid. Door deze moeilijkheden blijven TBA's geraadpleegd worden, hen verbieden zou zorgen voor een verschuiving van hun praktijken naar de illegaliteit.

Niet alle onderzoeken over de populariteit van de TBA's zijn overeenstemmend. Toch komt er in vele onderzoeken terug dat er in Sub-Sahara Afrika een ontevredenheid leeft over de professionele gezondheidszorg (Mselle et al., 2013; Vyagusa et al., 2013; Ebuehi & Akintujoye, 2012; Kamal, 1998). Dit is één van de factoren die meespeelt in de blijvende populariteit van TBA's, al wijzen Mbaruku et al. (2009) erop dat er niet te snel van een negatieve publieke opinie mag worden uitgegaan. Uit hun onderzoek in Kigoma, Tanzania, blijkt dat de onderzoekpopulatie meer tevreden is over de zorg bij professionele zorgverleners dan bij TBA's. De auteurs menen dan ook dat vooral problemen zoals een slechte bereikbaarheid en de sociale druk ertoe leiden dat vrouwen thuis blijven bevallen. Ze menen dat een verbetering van deze werkpunten spontaan zal leiden tot een verminderd aantal thuisbevallingen. Deze studie had dus een opvallend andere uitkomst dan de meeste geraadpleegde literatuur.

De onderzoekspopulatie bestond uit 1205 vrouwen, zij kwamen allemaal uit het Kasulu District. De studie gaf dus een weergave van de plaatselijke beeldvorming over TBA's en professionele zorgverleners, maar valt moeilijk te generaliseren. Uit een ander Tanzaniaans onderzoek bleek wel dat de stedelingen andere opvattingen hebben omtrent de plaats van bevalling dan de rurale bevolking. Door de hogere scholingsgraad in de steden en het betere transport, beviel 82% van de vrouwen in 2010 er in een gezondheidsinstelling (Pfeiffer & Mwaipopo, 2013).

Er is veel onderzoek gevoerd naar de effectiviteit van bepaalde trainingsprogramma's. Afhankelijk van het trainingsonderwerp werd de effectiviteit aan de hand van verschillende variabelen gemeten. Veel gebruikte outcome variabelen waren de maternale en neonatale mortaliteit en morbiditeit in de bestudeerde regio's (Sibley et al, 2009). Daarnaast trachtten sommige studies te meten hoe de kennis van TBA's na de training was geëvolueerd (Chen et al, 2011; Rowen et al, 2011; Saravanan et al, 2011; Sibley et al., 2009). De impact van het trainen van TBA's op maternale mortaliteit ratio's is echter moeilijk te bepalen aangezien andere veroorzakende factoren meespelen, zoals de toegankelijkheid van de zorginstellingen (Rowen et al., 2011). Ook het meten van de kennis na de trainingen is niet altijd betrouwbaar, aangezien TBA's weten wat van hen verwacht wordt en hier hun antwoorden kunnen op afstemmen. Er is geen zicht op hun werkelijk handelen in de praktijk. Dit kan wel gecompenseerd worden door de vrouwen te interviewen die tijdens de bevalling zijn bijgestaan door een TBA, zoals het onderzoek van Saravanan et al. (2011) in India. Deze studie had echter een kleine onderzoekspopulatie (n=63) en was dus moeilijk te generaliseren. Dat is overigens een probleem in vele van de geïnccludeerde studies. De onderzoekspopulaties blijven klein van schaal, het is namelijk moeilijk om TBA's te lokaliseren en te interviewen. Het aantal randomised controlled trials over TBA's is zeer beperkt. Dit bleek in de systematische review van Sibley et al. (2009) waarin slechts vier studies konden geanalyseerd worden. Hiervan waren drie randomised control trials en één gecontroleerde 'before-after' studie. Er is dus een grote nood aan kwaliteitsvol en grondig opgezet onderzoek om de effectiviteit van TBA trainingen te kunnen evalueren. Als een training effectief blijkt te zijn, kan men namelijk elementen uit deze training overnemen en in andere programma's implementeren. Dat brengt ons bij een belangrijke hiaat in het onderzoek naar TBA trainingen. We vonden amper literatuur over de methode van trainen, het gebruikte educatiemateriaal en de opleiding van de trainers. Er is zo veel aandacht besteed aan de effectiviteit van de trainingen zonder te bekijken hoe de trainingen werkelijk zijn verlopen. We konden slechts drie studies vinden die uitvoerig de trainingsmethodieken en de voorbereidingen voor de opzet van de trainingen beschreven (Chary et al., 2013; Gill et al., 2012; Foster et al., 2004). Daarbij bleek het belangrijk om een grondige analyse te maken van de lokale cultuur en zijn gebruiken. Zo kan de training worden afgestemd op positieve traditionele praktijken en de schadelijke tradities toelichten en proberen te elimineren, zoals het gebruik van bepaalde kruidenmengsels (Kaingu et al., 2011; Saravanan et al., 2011). Op deze manier kan een te grote kloof tussen de geschoolde trainers en de ongeschoolde TBA's vermeden worden zoals het geval was in Guatemala waar de training botste tegen een taalbarrière. Hierdoor werd de lesinhoud onvoldoende overgebracht naar de TBA's (Chary et al., 2013). Het gebruik van tolken of het plaatselijke dialect in combinatie met alternatieve lesmethoden zorgt ervoor dat analfabete TBA's niet worden uitgesloten (Gill et al., 2012).

Als laatste aspect bij de TBA trainingen mag zeker de sociale context niet vergeten worden. TBA's handelen niet geïsoleerd, maar conform naar de percepties van de lokale gemeenschap. Zo hebben ouderen in de familie nog veel invloed en raden zij de vrouwen soms aan bepaalde kruidenmengsels te gebruiken of om thuis te bevallen. De TBA kan dan wel getraind zijn en doorverwijzen, de rest van de gemeenschap moet hier ook in meegaan (Kaingu et al., 2011). Daarom is het nodig om de gemeenschap bewust te maken van de gezondheidstoestand van moeder en kind. Zo is er voor de TBA's meer ruimte om hun getrainde technieken toe te passen. Deze sensibilisatie van de gemeenschap kan bereikt worden door het betrekken van de ouderen. De rol van grootmoeders als raadgevers van de familie is immers al langer bekend (Saravanan et al., 2011). Als mooi voorbeeld hiervan organiseerde de studie van Gill et al. (2012) focusgroepen met zwangere, hun partners, zorgverleners en TBA's. De vooraanstaande ouderen van het dorp en religieuze leiders werden aangespoord om de gemeenschap bewust te maken van het trainingsprogramma.

De WHO en de verschillende nationale overheden willen de TBA's vooral inzetten in de gezondheidsvoorlichting en als promotor van 'skilled birth care' (Sibley & Sipe, 2006). We hebben zelf gemerkt dat er in de Tanzaniaanse praktijk meer nood is aan gezondheidsvoorlichting. Veel vrouwen uit de rurale gebieden zijn zeer laag geschoold en hebben weinig kennis over hun eigen lichaam en het verloop van de zwangerschap. De prenatale opvolging in het ziekenhuis is van beperkte kwaliteit. Door specifieke trainingen omtrent gezondheidsvoorlichting en alarmtekens tijdens de zwangerschap kan de TBA dit gebrek opvullen. Aangezien zij veel respect genieten, zal hun advies sneller geaccepteerd worden en bovendien kunnen ze voorlichting geven op niveau van de vrouwen.

9 Conclusie

Naar aanleiding van de vijfde Millennium doelstelling van de WHO die in 2015 gehaald zou moeten worden, spitste deze bachelorproef zich toe op de soorten TBA's en de bijscholingsmogelijkheden. De soorten TBA's worden amper beschreven, al zijn ze onder te verdelen in vier categorieën: de rurale TBA, de familiale TBA, de getrainde TBA en de ongetrainde TBA. De individuele karakteristieken van een TBA variëren per regio en zijn onderhevig aan de plaatselijke cultuur, maar toch zijn er grote overeenkomsten tussen de verschillende continenten (WHO, 1992). Over het algemeen kunnen we besluiten dat TBA's oudere vrouwen zijn, die geraadpleegd worden in hun gemeenschap omwille van hun ervaring en wijsheid. Ze doen aan verloskunde zonder een formele opleiding te hebben genoten. TBA's zijn vaak analfabeet en hebben een lage scholingsgraad (Sibley et al., 2009; Kamal, 1998; WHO, 1992). Ondanks de inspanningen van de verschillende overheden om ziekenhuisbevallingen te promoten, blijven TBA's populair omwille van hun status in de gemeenschap, goedkope dienstverlening en problemen in de huidige professionele zorgverlening. Slechte bereikbaarheid en onvoldoende kwalitatieve zorg door werkoverlast, blijven struikelblokken in de professionele gezondheidszorg in ontwikkelingsgebieden (Vyagusa et al., 2013; Mbaruku et al., 2009; Sibley et al., 2009; Kamal, 1998; WHO, 1992). De inhoud van de training is doorheen de jaren veranderd naar verschillende reproductieve onderwerpen zoals familie planning, HIV preventie, identificeren van risicozwangerschappen en doorverwijzing. Er is een grote variatie in het trainingsaanbod. Ze worden opgesteld door lokale en nationale overheden, ngo's, missies en individuen. Dit geldt ook voor de inhoud van het curriculum. De inhoud van de trainingen richt zich voornamelijk op preventieve zorg in plaats van acute zorg en spoedgevallen (Saravanan et al., 2011). Er is geen sterke wetenschappelijke basis voor het bepalen van de effectiviteit van de trainingen. Er is wereldwijd geïnvesteerd in TBA trainingen, maar hierbij is weinig aandacht besteed aan de systematische evaluatie van de trainingen, waardoor het moeilijk is om hun effectiviteit te bepalen (Sibley & Sipe, 2004).

Na voorgaand literatuuronderzoek kunnen er enkele aanbevelingen geformuleerd worden voor toekomstige TBA trainingen. Allereerst is een analyse van de lokale cultuur met zijn bijbehorende tradities en gebruiken aangeraden voor opstart van de training. Zo kunnen positieve lokale elementen geïntegreerd worden en de schadelijke tradities geëlimineerd worden. Om dit te verwezenlijken is een goede verstandhouding nodig, met wederzijds respect tussen de trainer en de deelnemende TBA's (Chary et al., 2013; Saravanan et al., 2011). Vervolgens is het nodig om de gemeenschap te sensibiliseren voor perinatale complicaties zodat niet enkel de praktijken van de TBA worden bijgeschoold maar ook de sociale omgeving wordt bewust gemaakt. Hierbij spelen ouderen in de gemeenschap een belangrijke rol.

Bij de ontwikkeling van een trainingsprogramma is het opstellen van een systematische evaluatie belangrijk om de effectiviteit te kunnen nagaan, iets wat tot nu toe te weinig gebeurde (Sibley & Sipe, 2004). Conform de literatuur raden we het train-the-trainer model aan in ontwikkelingsgebieden, omdat het de impact van de isolatie van afgelegen gebieden zou verminderen. Voor trainingen wordt er best gebruik gemaakt van alternatief lesmateriaal zoals rollenspelen, illustraties, video's,.. omdat hun scholingsgraad zeer beperkt is. Als laatste is het belangrijk om een duurzame training te ontwikkelen waarbij de TBA's na afloop ook worden opgevolgd.

Dit kan door opfriscursussen en het blijven ter beschikking stellen van educatiemateriaal zodat hun opgedane kennis niet vervaagd (Matendo et al., 2011).

Het lijkt ons voordelig om TBA's in te zetten als promotoren van de professionele gezondheidszorg en als belangrijke schakel van gezondheidsvoorlichting. Voorlopig zijn er nog te veel problemen met de bereikbaarheid en de kwaliteit van de professionele gezondheidszorg, om de TBA's helemaal weg te denken uit de verloskundige zorgverlening in ontwikkelingsgebieden (Vyagusa et al., 2013). De trainingen kunnen dienen als een korte termijn strategie, terwijl de professionele gezondheidszorg verder uitgebouwd wordt. Het beleid moet zich dus baseren op de bestaande infrastructuur en de toegankelijkheid van de zorgverleners in lokale, regionale en nationale settingen. TBA training kan bovendien veelbelovend zijn om de peri-neonatale mortaliteit te verminderen, wanneer het gecombineerd wordt met verbeterde professionele gezondheidsdiensten (Sibley et al., 2009; Sibley & Sipe, 2004).

10 Literatuurlijst

Chary, A., Diaz, A.K., Henderson, B. & Rohloff, P. (2013). The changing role of indigenous lay midwives in Guatemala: new frameworks for analysis. *Midwifery*, 29, pp. 852 – 858.

Chen, S., Wang, J.D., Ward, A.M., Chan, C.C., Chen, P.C., Chiang, H.C., Kolola-Dzimadzi, R., Nyasulu, Y.M.Z. & Yu, J.K.L. (2011). The effectiveness of continuing training for traditional birth attendants on their reproductive health-care knowledge and performance. *Midwifery*, 27, pp. 648-653.

Ebuehi, O. & Akintujoye, I.A. (2012). Perception and utilization of traditional birth attendants by pregnant women attending primary health care clinics in a rural Local Government Area in Ogun State, Nigeria. *International Journal of Women's Health*, 3, nr.4, pp.25-34.

Foster, J., Anderson, A., Houston, J. & Doe-Simkins, M. (2004). A report of a midwifery model for training traditional midwives in Guatemala. *Midwifery*, 20, pp. 217-225.

Gill, C., Guerina, N., Mulenga, C., Knapp, A., Mazala, G. & Hamer, D. (2012). Training Zambian traditional birth attendants to reduce neonatal mortality in the Lufwanyama neonatal survival project (LUNESP). *International Journal for Gynecology and Obstetrics*, 118, nr.1, pp. 77-82.

Kaingu, C.K., Oduma, J.A. & Kanui, T.I. (2011). Practices of traditional birth attendant in Machakos District, Kenya. *Journal of Ethnopharmacology*, 137, pp. 495-502.

Kamal, I.T. (1998). The traditional birth attendant: a reality and a challenge. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63, nr.1, pp. 43-52.

Magoma, M., Requejo, J., Campbell, O., Cousens, S. & Filippi, V. (2010). *High ANC coverage and low skilled attendance in a rural Tanzanian district: a case for implementing a birth plan intervention*. [BMC Health Services Research]. Geraadpleegd op 13 mei 2014 via <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-10-13.pdf>

Makokha, S. (2011, juli 14). State bans traditional birth attendants in Matungu. *The Star*, 4. Geraadpleegd op 6 december 2013 via <http://www.the-star.co.ke/news/article-57147/state-bans-traditional-birth-attendants-matungu>

Malinga, J. (2010, juni 30). Traditional birth attendants show no sign of abandoning their work in Katine. *The Guardian*. Geraadpleegd op 2 december 2013 via <http://www.theguardian.com/katine/2010/jun/30/traditional-birth-attendants-work>

Masina, L. (2011, januari 6). Debate rages over Traditional Birth Assistants U-turn in Malawi. *Think Africa Press*, 1. Geraadpleegd op 2 december 2013 via <http://thinkafricapress.com/malawi/debate-rages-over-traditional-birth-assistants-u-turn-malawi>

Matendo, R., Engmann, C., Ditekemena, J., Gado, J., Tshefu, A., Kinoshita, R., McClure, E., Moore, J., Wallace, D., Carlo, W., Wright, L. & Bose, C. (2011). *Reduced perinatal mortality following enhanced training of birth attendants in the Democratic Republic of Congo: a time-dependent effect*. [BMC Health Services Research]. Geraadpleegd op 23 september 2013 via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3171324/>

- Mbaruku, G., Msambichaka, B., Galea, S., Rockers, P. & Kruk, M. (2009). Dissatisfaction with traditional birth attendants in rural Tanzania. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 107, pp. 8-11.
- Ministry of Health and Social Welfare Tanzania. (2008). *The National Road Map Strategic Plan to accelerate reduction of maternal, newborn and child deaths in Tanzania*.
- Mselle, L., Moland, K., Mvungi, A., Evjen-Olsen, B. & Kohi, T. (2013). *Why give birth in health facility? Users' and providers' accounts of poor quality of birth care in Tanzania*. [BMC Health Services Research]. Geraadpleegd op 23 september 2013 via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3654954/>
- Mrisho, M., Obrist, B., Schellenberg, J., Haws, R., Mushi, A., Mshinda, H., Tanner, M. & Schellenberg, B. (2009). *The use of antenatal and postnatal care: perspectives and experiences of women and health care providers in rural southern Tanzania*. [BMC Health Services Research]. Geraadpleegd op 13 mei 2014 via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2664785/pdf/1471-2393-9-10.pdf>
- Pfeiffer, C. & Mwaipopo, R. (2013). *Delivering at home or in a health facility? Health-seeking behavior of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania*. [BMC pregnancy and childbirth]. Geraadpleegd op 2 december 2013 via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448583>.
- Rowen, T., Prata, N., Passano, P. (2011). Evaluation of a traditional birth attendant training programme in Bangladesh. *Midwifery*, 27, pp. 229-236.
- Saravanan, S., Turrell, G., Johnson, H., Fraser, J. & Patterson, C. (2011). Traditional birth attendant training and local birthing practices in India. *Evaluation and Program Planning*, 34, nr. 3, pp. 254-265.
- Sibley, L., Sipe, T. & Barry, D. (2009). *Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes*. [Cochrane Review]. Geraadpleegd op 23 september 2013 via www.onlinelibrary.wiley.com
- Sibley, L. & Sipe, T. (2004). What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes?. *Midwifery*, 20, nr.1, pp. 51-60.
- Sibley, L. & Sipe, T. (2006). Transition to skilled birth attendance: is there a role for trained traditional birth attendants?. *Journal of health, population and nutrition*, 6, nr.4, pp. 472-478.
- Twahirwa, A. (2010). *Retraining Rwanda's Traditional Birth Attendants*. Geraadpleegd op 11 december 2013 via <http://www.ipsnews.net/2010/09/retraining-rwandas-traditional-birth-attendants/>
- 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*. [Public Library of Science one]. Geraadpleegd op 11 januari 2014 via <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480459/>
- Vyagusa, D.B., Mubyazi, G.M. & 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]. Geraadpleegd op 26 november 2013 via <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/83>

Wairimu, M. (2013, juli 24). Despite Newly Free Deliveries in Kenya, Some Mothers Opt for Traditional Birth Attendants. *Global Press Journal*. Geraadpleegd op 11 december 2013 via <http://www.globalpressjournal.com/africa/kenya/despite-newly-free-deliveries-kenya-some-mothers>

Whitaker, K. (2012, januari 17). Is Sierra Leone right to ban traditional birth attendants?. *The Guardian*. Geraadpleegd op 11 december 2013 via <http://www.theguardian.com/global-development/poverty-matters/2012/jan/17/traditional-birth-attendants-sierra-leone>

World Health Organisation. (n.d.). *Antenatal care (at least 4 visits)*. http://www.who.int/gho/urban_health/services/antenatal_care_text/en/

World Health Organisation. (2014). *Millennium Development Goal 5*. Geraadpleegd op 13 mei 2014 via http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/en/

World Health Organisation. (2014). *Maternal Mortality*. Geraadpleegd op 13 mei 2014 via <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and UN Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. (n.d.). *Maternal mortality in 1990-2010. United Republic of Tanzania*. Geraadpleegd op 18 oktober 2013 via www.who.int/gho/maternal_health/countries