

Nederlandse verloskundigen in een andere wereld

Zijn ze voldoende toegerust op hun taak?

Hilde Perdok MSc

Een vrouw komt de verloskamer binnen. Tussen haar benen bungelen twee beentjes. Een lokale verloskundige vertaalt de onverstaanbare woorden naar het Frans; "een week geleden is een deel van het kind geboren. Ze heeft nu ruim een dag gelopen totdat ze het ziekenhuis bereikt heeft". Je constateert een gemasceerd, gedeeltelijk geboren lichaam en concludeert dat dit een complicatie is bij het geboren worden van een stuitligging in een afgelegen dorp. Wat nu? Ik denk intussen terug aan een vraag die mij voor vertrek gesteld was door een vriendin: wat denk je in Ivoorkust te gaan bereiken ?



Hilde Perdok werkte als verloskundige in de eerste- en tweedelijns voordat zij in 2006 voor Artsen zonder Grenzen naar Ivoorkust vertrok. Bij terugkomst in Nederland schreef zij ter afronding van haar masteropleiding een scriptie waarin zij de vraag onderzoekt of Nederlandse verloskundigen toegerust zijn om in ontwikkelingslanden te werken. Haar scriptie is te downloaden via www.kennispoort.nl. In dit artikel bespreekt ze de

Hilde Perdok werkt momenteel als klinisch verloskundige in Nederland.

hilde.perdok@12move.nl

factoren die het functioneren van een westers opgeleide verloskundige in een ontwikkelingsland beïnvloeden. Tevens doet zij een aantal aanbevelingen voor verloskundigen die plannen hebben om te gaan werken in een ontwikkelingsland.

Attractief

Er is voldoende belangstelling onder Nederlandse verloskundigen om in ontwikkelingslanden te werken. Dat blijkt ondermeer uit de vele reacties op een oproep in het Tijdschrift voor Verloskundigen in april 2008 om in Sierra Leone te werken. Ondanks de grote onzekerheden met betrekking tot de werkomstandigheden, zien verloskundigen het vaak als een enorme verrijking om werkervaring op te doen in een geheel andere cultuur. Echter, het fragment in de inleiding geeft aan hoe lastig het kan zijn voor een westers opgeleide verloskundige om in een ontwikkelingsland te werken.

Tijdens mijn missie voor Artsen zonder Grenzen in Ivoorkust in 2006, werd ik soms geconfronteerd met situaties die ik niet eerder had meegemaakt en waar ik niet voor opgeleid ben. Het goed functioneren in een ontwikkelingsland komt dan ook niet alleen aan op vakinhoudelijke kennis, maar ook op communicatiemogelijkheden, persoonlijke kenmerken, houding tot culturele verschillen, organisatorische capaciteiten en de middelen ter plaatse.



Grote verschillen

De Nederlandse verloskundige is opgeleid tot een zelfstandige beroepsbeoefenaar. Ze is gewend om haar eigen beslissingen te nemen en te improviseren tijdens thuisbevallingen. In ontwikkelingslanden komen deze competenties haar zeker van pas. De Nederlandse verloskundige is ook getraind in risicoselectie en tijdige verwijzing. In ontwikkelingslanden krijgt ze te maken met een hoge maternale en neonatale mortaliteit en moet zij handelend optreden in situaties waarvoor zij niet is opgeleid. Veel voorkomende problemen waarmee de verloskundige te maken krijgt en die tevens de belangrijkste oorzaken van maternale mortaliteit zijn: haemorrhagie, hypertensieve aandoeningen, infectie/sepsis en (onveilige) abortus^[1,2,3]. Diverse factoren spelen hierbij een rol: slechte socio-economische ontwikkeling (armoedeval), analfabetisme, het ontbreken van gezinsplanning, slechte kwaliteit van zorg in gezondheidscentra, late herkenning van complicaties of het ontbreken van adequate spoedeisende hulp aan de maternale mortaliteit. Mogelijk zou in ongeveer 30% van de gevallen sprake zijn van zorg die onder de WHO-norm valt, ook wel "substandard care" genoemd^[1,3,4].

Naar schatting sterven er wereldwijd jaarlijks ongeveer 535.000 vrouwen als gevolg van complicaties gerelateerd aan zwangerschap en geboorte. 99 procent van deze sterfte vindt plaats in ontwikkelingslanden^[5]. Het risico om te overlijden als gevolg van zwangerschap of bevalling is het grootst in Afghanistan en Sierra Leone. In deze landen is de Maternal Mortality Ratio (MMR) ongeveer 2000 per 100.000 levendgeborenen. Nederland heeft een MMR van 16^[6]. De lidstaten van de VN hebben via de World Health Organization (WHO) doelstellingen voor het terugdringen kind- en moedersterfte vastgelegd in de zogenaamde Millenniumdoelen^[7]. In 2015 moet het aantal vrouwen dat overlijdt in het kraambed met 75% (400.000 vrouwen) gedaald zijn ten opzichte van 1990^[1,8]. In 2005 bleek dat landen die reeds een laag moedersterftecijfer hadden, goede vooruitgang geboekt hebben. Er is echter weinig vooruitgang in landen met een hoog moedersterftecijfer^[9]. De WHO wijst erop dat met de huidige voortgang, de doelen niet gehaald zullen worden in 2015^[10].

Het probleem van maternale sterfte moet op verschillende manieren aangepakt worden. De positie van vrouwen moet worden verbeterd en armoede moet worden bestreden. Daarnaast moet de kwaliteit van "reproductive health services" omhoog, moet meer aandacht voor voorbehoedsmiddelen komen en moet de verloskundige

zorg op lokaal niveau worden verbeterd^[5,11]. Ook het verhogen van het aantal professionals en toegang tot kwalitatief hoogwaardige spoedeisende obstetrische zorg zou de maternale mortaliteit verlagen in ontwikkelingslanden^[12,13].

Een kosteffectieve methode voor betere perinatale uitkomsten is volgens van Roosmalen continue steun voor de barendes tijdens de bevalling.^[14] Diverse bronnen geven het belang aan lokale professionals te behouden en het wegtrekken van professionals naar het buitenland tegen te gaan (internationale braindrain). Daarnaast wordt nadruk gelegd op het trainen van verloskundigen^[5,8,15].

Skilled attendance

Ongeveer 53% van de bevallingen in ontwikkelingslanden wordt begeleid door een "skilled attendant"^[15,16]. Onder een skilled attendant wordt verstaan: een medisch professional -zoals een verloskundige, arts of verpleegkundige- die opgeleid en getraind is in vaardigheden nodig voor de ongecompliceerde zwangerschap, bevalling en periode postpartum en opgeleid is voor de herkenning, behandeling en verwijzing van complicaties bij vrouwen en neonaten^[1]. Met meer skilled attendants zou de maternale morbiditeit en mortaliteit verlaagd kunnen worden in ontwikkelingslanden^[17,18,19].



Echter, wat een medische professional in ontwikkelingslanden kan bereiken is ook afhankelijk van externe factoren. Er wordt dan ook wel gesproken van "skilled attendance": het geheel aan voldoende hulp tijdens bevalling en postpartum¹⁷⁾. Het beschikbaar zijn van spoedeisende verloskundige zorg en tijdige overplaatsing heeft hiermee te maken¹⁾. Daarbij spelen effectieve communicatie, een goed verwijssysteem en een goede infrastructuur een rol²⁰⁾. Dit is ook van toepassing op de westers opgeleide verloskundige werkzaam in ontwikkelingslanden. Haar functioneren wordt beïnvloed worden door meerdere factoren: o.a. eerdere werkervaring, opleiding, het aanwezig zijn van geschoold lokaal personeel, gezondheidsbeleid, aanwezige medicatie, protocollen, financiële middelen en verwijsmogelijkheden.

Aanbevelingen

In mijn scriptie kom ik tot de conclusie dat Nederlandse verloskundigen vaak onvoldoende zijn toegerust om in ontwikkelingslanden te werken. Niettemin ben ik van mening dat Nederlandse verloskundigen wel degelijk een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de verloskundige zorg in ontwikkelingslanden. Daarvoor is echter een goede voorbereiding nodig. Op de volgende pagina volgen aanbevelingen voor verloskundigen:



© Hilde Perdek

Externe factoren

Hierna worden een paar korte voorbeelden gegeven van "externe factoren" waar Nederlandse verloskundigen mee te maken hebben gehad tijdens het werken in een ontwikkelingsland. Deze punten zijn allemaal van invloed op de kwaliteit van de obstetrische zorg die zij kunnen verlenen.

Culturele verschillen

In Afrika is de dood is iets wat erbij hoort. Toen ik onder een tafel op de verloskamers een doos vond waar een overleden baby in lag, was ik geschokt. De doos bleek daar al een paar dagen te staan. Mijn reactie werd echter door de lokale medewerkers als overdreven gezien; "ze had al 2 kinderen" en "ze zal vast geen geld gehad hebben om haar mee te nemen".

Een vrouw is bewezen HIV positief. Omdat men bang is dat deze mevrouw verstoten wordt uit de gemeenschap mag dit in geen geval genoteerd worden in het dossier. Het komt dus geregeld voor dat een chirurg die een sectio uitvoert geen gegevens heeft over dit soort risicofactoren.

Tekort aan middelen

Er is vaak een structureel tekort aan bloed. Anemie met een hemoglobine van 3-4 mmol/l is geen uitzondering. Malaria is daarvan vaak de oorzaak. De zwangere zelf moet ervoor zorgen dat ze voldoende familieleden of vrienden verzamelt, zodat hopelijk één van hen dezelfde bloedgroep heeft en gezond genoeg is (geen HIV, niet zwanger, niet ondervoed) om bloed te doneren.

Uitwendig wordt een enorme uitzetting gevoeld met tenminste één duidelijk balloterend deel. Mevrouw geeft aan in het regenseizoen (van juli tot oktober) voor het laatst gemenstrueerd te hebben en ze voelt al lange tijd beweging. Ze is mogelijk tussen de vijf tot acht maanden zwanger. Het is bekend dat het percentage meerlinggeboortes in het ziekenhuis hoog is, zo'n 7%. Of we hier te maken hebben met een één-, twee-, of zelfs drieling is onduidelijk. Er is geen echoapparatuur aanwezig.

ONDERWIJS

- Zorg dat je kunt communiceren met de lokale bevolking. Volg een talencursus voor vertrek.

Geen verwijs
mogelijkheden

Een vrouw van 25 jaar meldt zich. Ze geeft aan na de geboorte van haar zoon 3 jaar geleden incontinent te zijn voor urine. Hierdoor heeft haar man haar verlaten. Ze vraagt om hulp, echter er is niemand die fistels kan opereren, niet ter plaatse maar ook niet elders in het land.

- Volg een tropenopleiding waarin de verloskundige problemen in ontwikkelingslanden voldoende worden behandeld zoals haemorrhagie, anaemie, eclampsie, infecties en seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Loop stage in een klinische setting met aandacht gericht op o.a. de manuele placenta verwijdering, vacuümextractie en gecompliceerde partus waaronder de stuitbevalling en de bevalling van een meerling.
- Informeer je over de behandeling van de zieke neonat.
- Zorg dat de geboden hulp een structureel karakter heeft: onderwijs geven aan lokaal personeel is vaak effectiever dan het zelf uitvoeren van praktisch werk.
- Werken volgens bestaande protocollen (bijvoorbeeld van de ICM en WHO) is vaak zinvoller dan het zelf schrijven van nieuwe protocollen.
- Ontwikkel een gelijkwaardige/respectvolle houding naar lokaal personeel.
- Informeer naar lokale gebruiken voordat je een oordeel hierover geeft.
- Informeer jezelf over de omstandigheden waarin je gaat werken. Als de "externe factoren" (zie skilled attendance) erg slecht zijn, moet je afwegen wat je kunt betekenen.
- Maak zo mogelijk voor vertrek contact met verloskundigen die in hetzelfde gebied gewerkt hebben, zodat je weet hoe de werkomstandigheden zijn. Zij kunnen mogelijk fungeren als vraagbaak ten tijde van werkzaamheden ter plaatse. ■

De literatuurverwijzingen treft u aan op pag. 30a van de digitale versie van dit tijdschrift.

Overheidsbeleid

Een meisje van 16 vraagt aan een lokale verloskundige of ze een zwangerschapstest kan afnemen. Tot mijn verbazing wordt de verloskundige kwaad en verricht geen onderzoek. Als ik daar navraag naar doe, blijkt dat ze bewust geen zwangerschapstesten laat verrichten omdat abortus illegaal is. Zwangerschapstesten mag je pas laat in de zwangerschap verrichten omdat je dan zeker weet dat de zwangerschap niet meer afgebroken kan worden.

Een doodzieke vrouw komt op de afdeling. Ze transpireert, heeft hevige buikpijn en vaginaal bloedverlies. Uitwendig is geen fundus voelbaar, wel een zeer gespannen buik. Ik verricht een zwangerschapstest en omdat deze positief is, staat een extra uterine graviditeit hoog in mijn differentiaal diagnose. Echter de lokale verloskundige stelt een paar voor mij onverstaanbare vragen aan mevrouw en draait zich vervolgens hoofdschuddend, geïrriteerd weg. Ze komt even later met handschoenen aan terug en verricht op hardhandige wijze een vaginaal toucher en verwijderd daarmee een tak van zo'n 15 centimeter uit de vagina. Ze zegt niets tegen mevrouw en op mijn verbaasde blik antwoordt ze; "ja, nog zo één, het zelf uitvoeren van een abortus en het nog ontkennen ook!".

Bronnen pag. 23-26**Nederlandse verloskundigen in een andere wereld**

1. WHO. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer 2004.
2. Khan, K.S. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet* 2006; 367(9516): 1066-1074.
3. Ronsmans, C. & Graham, W.J. Maternal mortality: who, when, where and why. *The Lancet* 2006; 368(9542): 1189-1200.
4. Sachs, J.D. The Millennium Project: a plan for meeting the Millennium Development Goals, *The Lancet* 2005; 365(9456): 347-353.
5. WHO. WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health, Department of Making Pregnancy Safer 2007.
6. http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_euro_nld_netherlands.pdf WHO. Maternal mortality factsheet 2006.
7. <http://www.europa-nu.nl/9353000/1/j9vvh6nf08temv0/vhcydwuvxezd>
8. Fillipi, V. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action, *The Lancet* 2006; 368(9546): 1535-1541.
9. <http://nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Millenniumdoelstellingen&action>
10. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/mdg/en/
11. Campbell, O.M. & Graham W.J. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works, *The Lancet* 2006; 368(9543): 1284-1299.
12. Fortney. Emergency obstetric care: the keystone in the arch of safe motherhood, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 74 (2001): 95-97.
13. Riley, P.L. Caring for the Caregivers: A Call to Action, *Journal of Midwifery & Women's Health* 2005; 50(4): 265-268.
14. Roosmalen, J. van. Integrating continuous support or the traditional birth attendant into obstetric care by skilled midwives and doctors: a cost-effective strategy to reduce perinatal mortality and unnecessary obstetric interventions, *Tropical Medicine and International Health* 2005; 10 (5): 393-394.
15. Bundred, P. E. & Levitt, C. Medical migration: Who are the real losers? *The Lancet* 2000; 356: 245-246.
16. Carlough, M. & Mc Call, M. Skilled birth attendance: What does it mean and how can it be measured? A clinical skills assessment of maternal and child health workers in Nepal, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 89 (2): 200-208.
17. Hussein, J. The Skilled Attendance Index: Proposal for a New Measure of Skilled Attendance at Delivery, *Reproductive Health Matters* 2004; 12(24): 160-170.
18. ICM. Making pregnancy safer Regional Strategy 2006.
19. Benagiano, G. & Thomas, B. Safe motherhood: the FIGO initiative 2003; 3: 263-274.
20. Maclean, G.D. The challenge of preparing and enabling skilled attendants' to promote safer childbirth, *Midwifery* 2003; 19(3): 163-169.