

# Problematiek en preventie van obstetrische vaginale fistels in ontwikkelingslanden

Knies Annegreet  
Academiejaar 2006-2007

Eindverhandeling ingediend voor het behalen van  
het diploma van vroedvrouw

## Opdracht

Dit eindwerk wil ik opdragen aan Ayelech, Iye, Fatu en hun lotgenoten. Zij raakten jaren van hun leven kwijt, door de gevolgen van obstetrische vaginale fistels.

*Fitsari 'dan duniya. Fitsari 'dan Dandi.  
Muna neman lafiya: sun ce mu tafi Dandi.  
Ciwo ya same ni tun ina yarinya ta.  
Ina zauna a gida na ji labari mai kyau.*

Urine, de verdrukker der wereld. Urine die mij dwong mijn thuis te verlaten.  
We zochten genezing, maar ze zeiden dat we hoeren waren.  
De ziekte 'pakte' mij toen ik nog een jong meisje was.  
Ik zat thuis opgesloten, totdat ik het goede nieuws hoorde.

(Uit: *Fitsari 'Dan Duniya*, geschreven door Fatu, referentie in Wall, 2002.)

## Voorwoord

Graag wil ik een aantal mensen bedanken, die hebben bijgedragen tot het tot stand komen van dit eindwerk:

Dr. Peter van Dingenen, die mij een onderwerp aanreikte waarin ik werkelijk geïnteresseerd ben geraakt. Zijn gezin heeft mij opgevangen tijdens mijn stage in Burkina Faso en mij de kans gegeven om met eigen ogen iets van de werkelijkheid in ontwikkelingslanden te zien.

Mijn promotor, Mevr. Lutgarde Gees, voor haar begeleiding en bijsturing over het afgelopen jaar.

Dr. Stephan Vanderputte, die als inhoudsdeskundige de taak van co-promotor op zich wilde nemen en bereid was zijn inzichten met mij te delen.

De vroedvrouwen, studenten en het overige personeel van mijn stageplaats in Burkina Faso, voor een samenwerking die mij meer inzicht gaf in de praktijk van de verloskunde in West-Afrika.

Lydia Tapsoba, sociologe te Ouagadougou, Burkina Faso, voor de informatie die zij mij kon verstrekken over het leven van de plattelandsvrouwen in haar land.

Mijn collega Paulien Nederhof, voor alle praktische tips en omdat ik altijd op haar kon rekenen.

Familie en vrienden voor alle steun, soms zelfs van op lange afstand. Zonder hen zou de moed mij misschien in de schoenen zijn gezonken.

Mijn dank gaat in het bijzonder uit naar Wil Kieft en Janneke Maandag. Zij hebben mij vaak gestimuleerd om mijn eigen interesses te volgen en dat niet alleen bij het maken van dit eindwerk.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor dit eindwerk.

Leuven, mei 2007

Annegreet Knies

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Probleemstelling.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>Vraagstelling .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Definities .....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Methodologie .....</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>De beginselen van het eindwerk .....</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>Het maken van de brochure.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Resultaten .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1</b>	<b>Literatuurstudie .....</b>	<b>8</b>
4.1.1	Etiologie.....	8
4.1.2	Gevolgen.....	11
4.1.3	Prevalentie .....	12
4.1.4	Herstel.....	13
4.1.5	Preventie .....	15
4.1.6	Op weg naar een oplossing .....	16
<b>4.2</b>	<b>Situatieschets Burkina Faso.....</b>	<b>18</b>
4.2.1	Enkele cijfers .....	18
4.2.2	Indeling van de gezondheidszorg in de stad .....	18
4.2.3	De materniteit .....	19
4.2.4	Opvolgen van de arbeid .....	19
4.2.5	De plattelandsvrouwen .....	21
4.2.6	Andere struikelblokken op weg naar een oplossing .....	22
<b>4.3</b>	<b>Discussie.....</b>	<b>22</b>
<b>4.4</b>	<b>Implementatie in de verloskundige praktijk .....</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>Besluit.....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>Literatuur .....</b>	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>Bijlagen .....</b>	<b>29</b>

# 1 Inleiding

Een paar jaar geleden hoorde ik over een vrouwelijke arts die in Afrika meisjes opereerde, die na een moeilijke bevalling volledig incontinent waren geworden. Zij bood hen gratis deze operatie aan en een nieuwe jurk, als symbool van het begin van een nieuw leven. Dit nadat zij soms al jarenlang hadden geleefd als verschoppelingen, stinkend naar de urine.

Ik wil graag na mijn studie ontwikkelingswerk gaan doen en ben voor mijn eindwerk op zoek gegaan naar een onderwerp dat vooral in Afrika relevant is. Ik heb advies gevraagd aan een arts die in Burkina Faso werkt en hij wees me op het probleem van vesico-vaginale fistels (VVF). Het drong toen tot me door dat ik hier eerder van had gehoord en ik begon dit verder te onderzoeken. Zo kwam ik het verhaal tegen van Iye Sowoddie. (Mercy Ships nieuws januari 2006).

Iye is een vrouw van 40 jaar uit Sierra Leone. Zij kreeg in haar leven vijf kinderen, waarvan er twee zijn gestorven. Tijdens de burgeroorlog van haar land, werd zij gevangen genomen door de rebellen en geslagen elke keer als zij haar werk voor hen niet goed genoeg had gedaan. 17 jaar geleden werd haar jongste kind geboren en nam haar leven weer een afschuwelijke wending. Sinds die dag was zij ernstig incontinent. Dag en nacht stroomde de urine langs haar benen. Haar man verliet haar, omdat hij de stank niet verdragen kon en omdat zij hem toch geen kinderen meer kon geven. Zij overleefde al die jaren door buiten eten bij elkaar te scharrelen. Dit ging zo door totdat zij hoorde over een kliniek waar ze haar konden opereren (de 'Aberdeen Clinic and Fistula Center'). Daar werd zij gratis geholpen en voor het eerst ging zij weer droog naar huis. Een dankbare patiënte.

Mercy Ships is een van de organisaties die vrouwen met obstetrische fistels helpt. Aan boord van de operatieschepen van deze organisatie worden gratis kleine operaties verricht die levensveranderend zijn. Toch hebben veel van de patiënten die hier terecht komen al heel lang geleden, zonder dat er iemand naar hen omzag. Had dit leed niet voorkomen kunnen worden?

Naarmate ik meer heb gelezen over dit onderwerp, ben ik er dieper van onder de indruk geraakt. Het is een afschrikwekkend probleem, maar er kan wat aan gedaan worden. Dit zal alleen veel tijd, geld en energie kosten.

Dit eindwerk richt zich vooral op de preventieve maatregelen. De resultaten van de literatuurstudie zijn een beschouwing van de omvang van de problematiek, de oorzaken en gevolgen, de mogelijkheden voor herstel en preventie.

## 2 Probleemstelling

### 2.1 Vraagstelling

In de Westerse maatschappij ziet men nauwelijks vaginale fistels postpartaal. Waarom komt dit veel vaker voor in ontwikkelingslanden? Wat is daar de prevalentie? Wat zijn de oorzaken van deze fistels? Wat zijn de fysieke en psychosociale gevolgen voor de vrouw? Wat zijn de herstel mogelijkheden? Hoe kan men preventief te werk gaan? Wat is de rol van de vroedvrouw hierin?

Omdat het eindwerk wordt geschreven vanuit verloskundig oogpunt, is het niet de bedoeling om diep in te gaan op geneeskundige interventies die leiden tot het herstel van vaginale fistels. Wel wordt er een situatieschets gegeven van de problematiek in ontwikkelingslanden, als aanzet om op zoek te gaan naar een oplossing.

### 2.2 Definities

Allereerst is het belangrijk om duidelijkheid te krijgen over de gebruikte begrippen. Bij het zoeken naar MeSH termen<sup>1</sup> m.b.t. obstetrische vaginale fistels, komt men bij de volgende definitie:

*Een vaginale fistel is een anatomische passage die de vagina met andere organen verbindt, zoals de blaas (vesico-vaginale fistel, VVF) of het rectum (recto-vaginale fistel, RVF).*

(MeSH, geraadpleegd op 15 februari 2006,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=mesh>)

Naar gelang de exacte locatie van een vaginale fistel, zijn er verschillende benamingen. In dit eindwerk wordt de afkorting VVF vaak gebruikt als een verzamelnaam, omdat dit de meest voorkomende soort is (85% van de obstetrisch vaginale fistels volgens UNFPA<sup>2</sup> en EngenderHealth, 2003). De voornaamste oorzaken en gevolgen zijn dezelfde voor de verschillende soorten fistels. VVF-patiënten zijn altijd vrouwen die constant urine “lekker”. In het geval van RVF is er sprake van stoelgangincontinentie.

Met de specificatie *obstetrische* vaginale fistels bedoelt men fistels ontstaan als gevolg van perinatale verwikkelingen.

---

<sup>1</sup> Medical Subject Heading Terms

<sup>2</sup> United Nations Population Fund

## **3 Methodologie**

### ***3.1 De beginselen van het eindwerk***

De literatuurstudie die al tijdens het tweede jaar vroedkunde werd gemaakt, werd in het derde jaar aangevuld met recentere onderzoeksresultaten. Ook een uitgebreid gesprek met Dr. Stephan Vanderputte, die zelf betrokken is bij ontwikkelingswerk en ervaring heeft met VVF, gaf een indruk van de situatie in Afrikaanse landen.

Het eindwerk zou echter gericht zijn op preventie en niet in de eerste plaats op herstel, omdat er uit verloskundig oogpunt gekeken moest worden.

Een stage van 3 maanden (9 februari – 8 mei 2007) in Burkina Faso gaf een kans om van dichterbij te zien hoe het staat met de verloskunde in West-Afrika. Gesprekken met zendelingen en gezondheidswerkers ter plaatse gaven verder inzicht in de mentaliteit van de Burkinabezers. Hieruit werd een situatieschets opgebouwd.

Overleg met Mw. L. Gees en Dr. S. Vanderputte vond in deze periode steeds per mail plaats. Zij gaven bijsturing met betrekking tot de vorm en inhoud van het eindwerk.

Aanvankelijk was het de bedoeling het eindwerk te baseren op interviews met VVF-patiënten en artsen in het staatsziekenhuis van Ouagadougou. Door recente ontwikkelingen in het ziekenhuis, bleek het onmogelijk hier een periode stage te lopen. Daardoor kwam ik niet persoonlijk in aanraking met VVF. Het bleek ook moeilijk om contact te leggen met artsen in het ziekenhuis. Dr. Van Dingenen wilde voor mij ontmoetingen regelen met twee verschillende artsen die werkzaam zijn in het ziekenhuis. Zij bleken allebei op reis te zijn tijdens mijn stageperiode.

Het idee om een voorlichtingsles op te stellen rond het onderwerp van VVF, voor vrouwen in Burkina Faso die zelf slachtoffer zouden kunnen worden van deze complicatie, was al snel van de baan. Dit omdat er niet genoeg tijd was om voldoende inzicht te verkrijgen in de leefwereld van de Burkinabé.

Daarom werd het plan om vanuit een situatieschets, een brochure op te stellen voor vroedvrouwen die geïnteresseerd zijn in ontwikkelingswerk. In deze brochure zou het VVF-probleem worden toegelicht en zou de taak van de vroedvrouw naar voren komen met het oog op een oplossing voor deze problematiek.

Lydia Tapsoba, sociologe en coördinator van een afdeling gezondheidsonderzoek van Voisins Mondiaux (World Neighbours), verschaftte de nodige informatie over de situatie van de plattelandsvrouwen van Burkina Faso.

### ***3.2 Het maken van de brochure***

Om een goede brochure te schrijven, is het nuttig eerst eens te leren hoe men hierbij te werk gaat. Hiervoor is een artikel geraadpleegd uit het Tijdschrift Gezondheidsvoorlichting (Mercx, 2002).

Het eerste punt dat hierin wordt aangehaald is het belang van “op tijd beginnen”. Laten we zeggen dat dit eindwerk in een Afrikaans tempo tot stand is gekomen en daar past “op tijd beginnen” helaas niet bij. Eenmaal aangekomen in Burkina Faso liep niets volgens plan en de beslissing om een brochure te gaan schrijven, is daardoor pas laat genomen. De volgende punten zijn daardoor des te belangrijker geworden.

Het opstellen van een plan, zodat duidelijk is met welk doel en voor wie de brochure wordt geschreven, is wellicht net zo belangrijk. Er werd besloten een brochure te maken voor vroedvrouwen met een interesse voor ontwikkelingswerk. Hierin zou de VVF-problematiek worden toegelicht en zouden richtlijnen ter preventie worden geformuleerd. Met het concretiseren van de doelgroep, werd meteen duidelijk in welke toon er zou worden geschreven. Het gaat om vroedvrouwen, dus vroedkundig vakjargon mag in de brochure, maar er mag niet vanuit worden gegaan dat zij ook enige kennis hebben van VVF.

De brochure zou bij voorkeur op voor- en achterzijde van een A4-formaat passen. VVF is voor de meeste vroedvrouwen in Europa een nieuw onderwerp, aangezien de complicatie in hun omgeving niet voorkomt. Een korte brochure met informatie die prikkelend is om meer te weten te komen over het onderwerp, zou daarom volstaan. Dit zou ook betekenen dat het van extra groot belang is om in de inleiding een blikvanger te hebben, om de aandacht van de lezer te trekken. Deze blikvanger werd gevonden tussen de foto's van de familie Van Dingenen. Er is toestemming gevraagd om deze foto te gebruiken.

Verder is erop gelet om te schrijven in korte zinnen en om zoveel mogelijk te schrappen. Dit vanwege het formaat van de folder en om de leesbaarheid te bevorderen. De brochure is uiteindelijk doorgelezen door verschillende leken en een collega vroedkunde, om te zien of de informatie duidelijk wordt overgebracht



## 4 Resultaten

### 4.1 Literatuurstudie

#### 4.1.1 Etiologie

##### 4.1.1.1 VVF in westerse landen

In de westerse wereld zien gynaecologen heel zelden een obstetrische vaginale fistel. Volgens Hilton (2001) gaat het hier in 90% van de gevallen om een accidentele beschadiging van de blaas tijdens een chirurgische ingreep, meestal hysterectomie (75%). Andere, minder frequente oorzaken van VVF/RVF zijn:

- Urologische of gastro-intestinale pelvische chirurgie;
- Pelvische maligniteit;
- Pelvische bestraling;
- Obstetrisch trauma;
- Infectie (inclusief tuberculosis);
- Erosie van bv. een pessarium;
- Coïtus (komt vaker voor bij verkrachting).

(Smith, Williams, 1999)

##### 4.1.1.2 VVF als oorzaak van langdurige obstructieve arbeid

In ontwikkelingslanden, vooral in Afrika, zijn obstetrische vaginale fistels veelvuldig aanwezig. De hoofdoorzaak is onbehandelde obstructieve arbeid. (Arrowsmith e.a., 1996).

Tijdens langdurige obstructieve arbeid, zitten de zachte bekkenweefsels steeds klem tussen het indalend hoofd van de baby en het bekken van de moeder. De bloedtoevoer naar deze weefsels wordt op deze manier belemmerd, wat leidt tot necrose (door ischemie) en uiteindelijk vormt zich een opening tussen de vagina en de blaas, of tussen de vagina (VVF) en het rectum (RVF), of zelfs allebei (RVVF). (Donnay, 2004, referentie in Cook, Dickens, Syed, 2004). De fistel ontstaat in de meeste gevallen tussen de derde en de tiende dag postpartum, aangezien het een paar dagen duurt voordat het necrotische weefsel wordt verloren. (Hilton, 2003). Bij vrouwen die lijden aan anemie, wat eerder voorkomt bij ondervoeding, treedt nog eerder ischemie op. Arrowsmith e.a. (1996) beschreven hetzelfde proces en legden uit hoe dit leidt tot een breed vasculair trauma. Zij baseerden zich op gegevens van het Addis Ababa Fistula Hospital in Ethiopië. De patiënten van dit ziekenhuis waren bij hun bevalling gemiddeld 3,9 dagen in arbeid geweest. De meesten leden aan een heel aantal bijkomende complicaties.

##### 4.1.1.3 Socio-economische factoren

Cook e.a. (2004) vermelden een aantal sociale factoren die bijdragen aan de hoge frequenties van vaginale fistels in ontwikkelingslanden, namelijk:

- Armoede;
- Tekort aan professionele begeleiding bij de bevalling;
- Beperkte mogelijkheden voor obstetrische interventies in noodsituaties;
- Transportproblemen;
- Tekort aan artsen die een hersteloperatie kunnen uitvoeren;
- Slechte integratie van voorzieningen;
- Het marginaliseren van vrouwen met fistels.

De eerste drie punten worden ook door O'Loughlin (1997) genoemd als oorzaken van maternale mortaliteit en morbiditeit. Armoede wordt ook door hem op de eerste plaats gesteld, aangezien moeders minder aandacht aan hun eigen gezondheid zullen besteden als het gezin toch al moeite heeft om te overleven. In veel ontwikkelingslanden wordt bovendien meer geld besteed aan het aflossen van schulden dan aan gezondheidszorg. Hij vermeldt ook de lage socio-economische status van vrouwen in ontwikkelingslanden als een oorzaak van een slechte gezondheid bij moeders. Zij doen vaak zwaar lichamelijk werk, zelfs tijdens de zwangerschap, terwijl ze soms maar de helft verdienen van het salaris van een man voor hetzelfde werk. Wel zegt O'Loughlin dat het toch voorkomt dat een arme gemeenschap een goede gezondheidszorg weet te handhaven.

In ontwikkelingslanden zijn primiparae vaak tienermoeders, bij wie het bekken nog niet volgroeid is of te klein is door ondervoeding (Browning e.a., 2004, Cook e.a., 2004). In tijden van voedselschaarste krijgen zij vaak minder te eten dan hun broertjes, aan wie in het algemeen meer belang wordt gehecht.

Browning e.a. (2004) vertelt het verhaal van Ayelech, die nog voor haar eerste menstruatie een seksuele relatie had met haar echtgenoot. Dit is niet ongevoerd in heel wat plattelanddorpen in Afrika.

Vb. In sommige gebieden in Niger worden meisjes al uitgehuwelijkt op 9-jarige leeftijd. Zij gaan dan bij de familie van hun man wonen, maar zouden dan tot hun eerste menstruatie geen seksuele gemeenschap met hem moeten hebben. Helaas zijn veel mannen de gewoonte om te wachten tot hun bruid oud genoeg is, langzaam vergeten. (UNFPA e.a., 2003).

In oorlogsgebieden is er het extra risico van verkrachting, waardoor jonge meisjes nog meer kans hebben op een vroegtijdige zwangerschap. Bovendien hebben Afrikaanse vrouwen in het algemeen een nauwer bekken dan Europese vrouwen (Kolawole, Adamu, Evans, 1978, referentie in Wall, 2002).

#### **4.1.1.4 Traditionele praktijken**

Traditionele bevallingsmethodes dragen vaak bij aan het verergeren van de problematiek. Zo laat men in sommige culturen vrouwen extra veel drinken om de uitdrijving te bespoedigen, terwijl een volle blaas juist een extra risico geeft (Cook e.a., 2004).

In sommige delen van Afrika wordt 'yankan gishiri' toegepast. Hierbij worden er met een scheermes of ander scherp voorwerp sneden in de vagina gemaakt, om de opening te vergroten. (Hilton, 2003). Dit wordt bijvoorbeeld gedaan bij meisjes waarbij de vagina nog te weinig ontwikkeld is om coïtus toe te laten, maar het wordt ook gebruikt als kuur voor andere aandoeningen, zoals een verkoudheid. (UNFPA e.a., 2003).

Tahzib (1983, 1985, referentie in Hilton, 2003) vermeldt obstructieve arbeid als oorzaak van 80% van de vaginale fistels in Noord Nigeria. Bij 1/3 werd gishiri toegepast en bij 15% was dit waarschijnlijk de belangrijkste etiologische factor.

Hilton (2003) stelt de vraag of vrouwenbesnijdenis ook bijdraagt aan een hogere VVF incidentie, aangezien hierbij vaak wijde episiotomieën nodig zijn en zelfs normale coïtus gemakkelijk scheuren in het perineum kan veroorzaken. De relevantie hiervan met betrekking tot VVF/RVF is echter onduidelijk. Andere onderzoekers (UNFPA e.a., 2003) wijzen vrouwenbesnijdenis wel aan als een indirecte oorzaak van VVF. Een verbod op vrouwenbesnijdenis, geeft vaak wel aan dat de regering bezig is met het welzijn van vrouwen. Een hoog percentage VVF-patiënten is wel besneden, maar zij wonen vaak in gebieden waar weinig aandacht is voor het welzijn en het opleiden van vrouwen. (UNFPA e.a., 2003).

#### 4.1.1.5 Vertragingen

Browning en Patel (2004) noemen “three delays” (drie vertragingen) waardoor vrouwen in ontwikkelingslanden geen adequate medische assistentie krijgen bij hun bevallingen, namelijk:

- 1) Een vertraging in het komen tot een beslissing om hulp te gaan zoeken;
- 2) Een vertraging in het bereiken van medische / verloskundige assistentie bij de bevalling;
- 3) Een vertraging in het geven van hulp.

Dezelfde vertragingfactoren werden eerder aangewezen door Thaddeus en Maine (1994, referentie in Wall, Karshima, Kirschner, Arrowsmith, 2004).

Volgens Wall (2002) zijn deze vertragingen in Nigeria, behalve aan een slechte infrastructuur en een gebrek aan onderwijs, vaak ook te wijten aan tradities. In de Hausa<sup>3</sup> cultuur bijvoorbeeld, trouwen meisjes vaak op 13- of 14-jarige leeftijd om vervolgens onder strikte mannelijke controle te komen te staan. Zij mogen zelfs in uiterste nood het landgoed niet zonder toestemming verlaten om hulp te gaan zoeken.

In veel Afrikaanse landen is het de gewoonte, zeker voor primiparae, om thuis te bevallen. Een moeilijke bevalling wordt vaak gezien als straf voor ontrouw. Een vrouw zal zich schamen om naar een kliniek te gaan voor haar bevalling, omdat ze niet willen dat de burens haar verdenken van buitenechtelijke relaties. Vrouwen zeggen zelf dat ze het comfortabeler vinden om thuis in gehurkte houding te bevallen, dan liggend op een verlostafel in een ziekenhuis. In sommige delen van Mali zal een vrouw eerder naar een kerk gaan om daar te bevallen, zodat zij beschermd zal zijn tegen boze krachten. Soms komen er ook verhalen uit de medische centra over patiënten die daar slecht behandeld werden. Als de werkomstandigheden moeilijk en de salarissen klein zijn, ontbreekt vaak de juiste mentaliteit bij het personeel. Dit moedigt mensen niet aan om medische hulp te gaan zoeken. Daarnaast zijn er de verhalen van mensen die juist in het ziekenhuis een aandoening hebben opgedaan. De mannen worden er in sommige regio's van verdacht dat ze niet willen dat hun vrouwen naar het ziekenhuis gaan, omdat ze bang zijn voor HIV<sup>4</sup>-screening. In veel gevallen vindt men het ziekenhuis gewoon te duur. (UNFPA e.a., 2003).

---

<sup>3</sup> Een Nigeriaanse bevolkingsgroep

<sup>4</sup> Humaan immunodeficiëntievirus

#### 4.1.1.6 Bijkomende oorzaken

Wall e.a. (2004) noemen de hoge incidentie van mannelijke foetussen (107 voor elke 100 vrouwelijke foetussen) in Noord Nigeria als een extra risicofactor voor vrouwen in dit gebied op obstructieve arbeid. Dit komt doordat jongetjes bij de geboorte over het algemeen meer wegen dan meisjes.

Hoewel een groot percentage van de VVF-patiënten primiparae zijn (45,8%), komt het probleem ook voor bij vrouwen met een hogere pariteit. 20% van de vrouwen in het onderzoek van Wall e.a. (2002) hadden een pariteit van 4 of hoger. Ook Gharoro en Abedi (1999) vonden een hoog percentage multiparae met VVF, ten gevolge van kunstverlossingen. Dit is volgens hen in contrast met het typische beeld van een jong meisje met VVF, die de complicatie ontwikkelde bij haar eerste bevalling door langdurige obstructieve arbeid.

#### 4.1.2 Gevolgen

Arrowsmith e.a. (1996) wijzen op het verschil tussen obstetrische fistels en het soort fistel dat voorkomt ten gevolge van chirurgie in Westerse landen. De fistels die veroorzaakt worden door langdurige obstructieve arbeid zijn het resultaat van grootschalige wondvorming. Ze zijn vaak groter dan postoperatieve fistels en worden omringd door een groter gebied van necrotisch weefsel. Vaak zijn er ook een heel aantal bijkomende complicaties, die gemakkelijk over het hoofd worden gezien als men het heeft over deze problematiek, bijvoorbeeld:

- volledig verlies van de urethra;
- stress incontinentie;
- hydronefrose;
- nierfalen;
- rectale stenose;
- anale sphincter incompetentie;
- destructie van de cervix;
- amenorrhoea;
- pelvische inflammatoire ziekte;
- secundaire infertiliteit;
- vaginale stenosis;
- osteïtis pubis;
- foot-drop.

Al deze complicaties zijn symptomen van wat het 'obstructed labour injury complex' wordt genoemd.

Door deze complicaties kunnen vrouwen hun rol in de samenleving niet meer vervullen. Ook hun taak als echtgenote wordt onmogelijk. Vaak zijn ze onvruchtbaar geworden, in een maatschappij waar kinderen juist als onmisbaar worden gezien.<sup>5</sup> Bovendien kunnen zij niet meer tegemoet komen aan de seksuele behoeften van hun man. Verwondingen aan de vagina maken coïtus onaangenaam tot onmogelijk. (Arrowsmith e.a., 1996).

---

<sup>5</sup> Vaak is er sprake van amenorrhoea tot 2 jaar na de bevalling waardoor de fistel ontstond. Na een hersteloperatie wordt de functie van de hypothalamus meestal weer normaal en daarmee de fertiliteit. (Hilton, Ward, 1998, referentie in Hilton, 2003).

Door Browning e.a. (2004) is gesteld dat men zich moeilijk een aandoening kan voorstellen die verwoestender is voor de sociale status van een jonge vrouw. Niet alleen de fysieke gevolgen, maar zeker ook de sociale consequenties van vaginale fistels zijn immens. Als er eenmaal een fistel is ontstaan, zal de vrouw constant urine en/of faeces lekken. Vaak gaat dit gepaard met pijnlijke vaginale zweren en infecties en een vreselijke stank die zij constant bij zich draagt. In veel gevallen zal zij hierdoor worden verstoten door haar echtgenoot en ook door haar samenleving. Een bevalling waarbij een VVF ontstaat door langdurige obstructieve arbeid, resulteert meestal ook in een doodgeboren kind. De arbeid duurt soms dagen en de baby kan uiteindelijk geboren worden doordat er al maceratie is opgetreden. Meestal is de moeder een primipara en blijft zij kinderloos achter. Volgens Arrowsmith e.a. (1996) zijn 50% van deze patiënten gescheiden.

Fistel-patiënten worden zodanig gestigmatiseerd, dat zij een zwaar psychosociaal trauma oplopen. Dit wordt beschreven door een Hausa “praise song” over VVF, geschreven door Fatu, een van de slachtoffers van dit probleem (Wall, 2002). Het lied illustreert enkele culturele aspecten die bijdragen aan het stigma. De titel “Fitsari ‘dan duniya” schildert urine af als de grote verdrukker, die vrouwen dwingt om een leven te leiden dat totaal is afgescheiden van de maatschappij.

Vaak wordt een moeilijke arbeid gezien als een straf van God op onzedigheid en krijgen deze vrouwen daarom een minderwaardige positie aangewezen in de maatschappij. Een vrouw die door haar man wordt afgewezen, staat niet meer onder de controle van een man en is in de ogen van de samenleving gelijk aan een prostituee. Het is alsof zij door promiscuïteit een geslachtsziekte heeft opgelopen.

### 4.1.3 Prevalentie

In Afrika vindt men 40 procent van alle maternale sterftes, hoewel slechts 20 procent van de geboortes daar plaatsvinden. (Court, 1996, referentie in Arrowsmith, Hamlin, Wall, 1996). Hilton (2003) stelde dat men de VVF patiënte kan zien als iemand die ternauwernood ontsnapt is aan perinatale sterfte. De prevalentie van obstetrische vaginale fistels stijgt dan ook met het maternale sterftepercentage.

In Noord Nigeria bijvoorbeeld, zijn er 1050 maternale sterftegevallen op 100.000 geboortes en daarbij nog eens 350 gevallen van VVF op 100.000 geboortes. In Ethiopië zou het maternale sterftepercentage het hoogste zijn ter wereld, namelijk 2000 op 100.000 geboortes van levende kinderen. De prevalentie van VVF in Ethiopië ligt dan ook hoger dan in andere landen. (Abouzahr, Royston, Harrison, 1991, referentie in Arrowsmith e.a., 1996).

Andere landen die bekend staan om een hoog aantal VVF gevallen zijn Soedan, Tsjaad en Ghana (Abbo, 1975, Barnaud, Veillard, Richard e.a., 1980, Danso, Marey, Wall, Elkins, 1996, referentie in Hilton, 2003), maar in buurlanden is het evengoed een enorm probleem.

Het *United Nations Population Fund* (het Verenigde Naties Bevolkingsfonds, UNFPA) lanceerde in 2003 een wereldwijde actie tegen VVF. In samenwerking met *Engenderhealth* verscheen er een rapport over de grootste noden met betrekking tot het probleem.<sup>6</sup> Een jaar later verscheen er een soortgelijk rapport over Mauritanië van UNFPA in samenwerking

---

<sup>6</sup> Het rapport van 2003 gaat over een onderzoek dat over een periode van 6 maanden in 9 verschillende landen werd uitgevoerd, nl.: Benin, Chad, Malawi, Mali, Mozambique, Niger, Nigeria, Uganda en Zambia. Dit was nog maar het begin van de “Campaign to End Fistula”. Nadien is het onderzoek verder uitgebreid in samenwerking met verschillende partners. Inmiddels is de campagne verspreid over zo’n 40 landen.

met het ministerie van volksgezondheid van het land zelf. Zo wordt het onderzoek steeds verder uitgebreid. Uit alle onderzoeken blijkt echter dat het gaat om een drama dat zich veelal in verborgenheid afspeelt, waardoor het moeilijk blijft om er realistische cijfers op te plakken.

Er is geschat dat er vandaag de dag in ontwikkelingslanden zo'n 2 miljoen vrouwen lijden aan obstetrische vaginale fistels (Browning, Patel, 2004). Volgens Waaldijk (2004) zijn er in Afrika elk jaar zo'n 100.000 nieuwe fistel-patiënten. Loughlin schreef in 1997 nog dat er jaarlijks zo'n 80.000 gevallen bijkwamen (UNICEF, 1996). In Nigeria alleen schat de Federal Ministry of Women's Affairs (ministerie van vrouwenzaken) dat er wel 800.000 gevallen van VVF zouden zijn (Wall, 2002). Volgens WHO<sup>7</sup> & UNICEF<sup>8</sup> (1996, referentie in Wall, Karshima, Kirschner, Arrowsmith, 2004). zal minstens 1% van alle zwangeren daar sterven aan obstetrische complicaties, vaak door obstructieve arbeid.

Met de huidige voorzieningen voor hersteloperaties, zou het zeker nog 400 jaar duren, voordat alle patiënten geholpen zijn, als er zich tenminste geen nieuwe gevallen zouden voordoen. (Browning e.a., 2004).

#### **4.1.4 Herstel**

Hoe langer het duurt om een VVF te behandelen, des te langer duurt het om de patiënte te reïntegreren in haar eigen samenleving en om haar eigenwaarde te herstellen (Waaldijk, 2003).

Toch zijn er verschillende meningen over de beste tijd voor een hersteloperatie. Volgens Hilton (2003) vinden de meeste deskundigen dat men 10-12 weken moet wachten, vanaf het ontstaan van het probleem. Als men namelijk begint te opereren voordat het necrotische weefsel is afgestoten en uitgescheiden, kan er een inflammatoire respons in gang gezet worden.

Vaak zijn VVF patiënten ondervoed of anemisch, doordat ze al langere tijd onder erbarmelijke omstandigheden hebben geleefd. Daarom heerst de mening bij verschillende fistelcentra, dat het van belang is hen een tijd pre-operatief op te nemen om aan te sterken. (Hilton, 2003.)

Blaascatheterisatie gecombineerd met antibiotica is een belangrijke eerste stap bij het herstellen van obstetrische fistels. Preventieve blaascatheterisatie kan fistels voorkomen en spontane genezing werd gerapporteerd in 15-28% van de gevallen waar dit werd toegepast (Waaldijk, 1997 en 2004, referentie in Hilton, 2003).

Bij eenvoudige hersteloperaties moet meestal fibrotisch weefsel (littekenweefsel) worden verwijderd, voordat de fistel kan worden gesloten. De blaaswand moet voldoende worden vrij gelegd, om spanning te voorkomen op de weefsels die aan elkaar gehecht worden. Soms is er meer complex herstel nodig, omdat obstetrische vaginale fistels het gevolg zijn van het necrotiseren van een relatief groot stuk weefsel. Hierbij wordt soms een nieuwe bloedvoorziening gemaakt worden door constructie van 'weefselflappen'. (Martius, 1957 & Hamlin, Nicolson, 1969, referentie in Arrowsmith, 1996).

---

<sup>7</sup> World Health Organisation

<sup>8</sup> United Nations Children's Fund

Gharoro en Abedi (1999) deden onderzoek naar het succes van hersteloperaties bij 49 patiënten met verschillende soorten obstetrische fistels in een ziekenhuis in Benin City, Nigeria. Daaruit bleek dat het grootste succes behaald werd bij mid-vaginale fistels. RVF is moeilijker te behandelen dan VVF. 78% van RVF is te herstellen, tegenover zo'n 90% van VVF (Arrowsmith, 1996).

Ook al kan het merendeel van de fistels gedicht worden, alle problemen zijn daarmee nog niet opgelost. Hilton (2003, referentie Cook e.a., 2004) schat dat 10-12% van de patiënten overblijft met stress incontinentie na de behandeling.

Bij patiënten met 'obstructive labour injury complex' (combinaties van bijkomende complicaties) is het niet genoeg om enkel de fistel te behandelen. Fistelchirurgen hebben hulp nodig van fysiotherapeuten, orthopedisten, neurologen en andere experts om een patiënte volledig te laten revalideren. (Arrowsmith, 1996).

Ook de psychologische begeleiding van VVF patiënten is erg belangrijk. Zij moeten weer een plaats zien te vinden in de maatschappij. Ondersteuning van ex-patiënten kan van grote waarde zijn. Dit wordt geïllustreerd door het artikel van Wall (2002) over het lied "Fitsari 'Dan Duniya'". Wall stelt dat het belangrijk is dat VVF patiënten in speciale fistelklinieken terecht kunnen, omdat zij daar steun aan elkaar kunnen hebben en er daar niet op hen neergekeken wordt. Daar bevinden zij zich eindelijk in een beschermde omgeving.

In een gewoon ziekenhuis vinden andere patiënten VVF/RVF slachtoffers vaak aanstootgevend, door de stank die zij met zich meedragen. Zij kunnen daar eigenlijk niet terecht. Meestal hebben ze sowieso niet de financiële middelen om zich te laten behandelen, maar in veel gevallen zorgt het taboe rond dit probleem er ook voor dat zij niet te weten komen dat er herstelmogelijkheden zijn. (Wall, 2002). Soms durven ze geen hulp te zoeken, omdat er vele verhalen zijn van mislukte operaties, waarna de situatie van de patiënt eerder verslechterd was. Sommige fistels zijn al van iatrogene oorsprong of oorzaak van een slechte opvolging van de arbeid in de kliniek zelf. Vaak komt dit doordat gezondheidswerkers geprobeerd hebben te opereren, maar de nodige kennis en ervaring misten. (UNFPA e.a., 2003).

Uit het rapport van UNFPA e.a. (2003) blijkt dat er lang niet altijd genoeg opvang en voorlichting is voor vrouwen na een hersteloperatie. Als ze geen opleiding hebben en niet worden teruggenomen door hun families na alle jaren van schaamte, zien zij zich soms genoodzaakt om de prostitutie in te gaan om te overleven. Vaak wordt na een operatie 3 tot 6 maanden seksuele onthouding aangeraden om complicaties te voorkomen. Als een vrouw te vroeg begint met seksuele betrekkingen, zou de wond weer open kunnen scheuren. Deze periode van 3 tot 6 maanden is in veel gevallen niet realistisch.<sup>9</sup>

Sommige vrouwen zijn na een hersteloperatie terug gegaan naar hun man, om daarna opnieuw na een moeilijke thuisbevalling, ver bij een kliniek vandaan, een vaginale fistel te ontwikkelen. (UNFPA e.a., 2003).

---

<sup>9</sup> Dr. S. Vanderputte vindt 3 tot 6 maanden seksuele onthouding niet alleen onrealistisch, maar ook overbodig (email, 21 mei 2007). Volgens hem is 6 weken ruim voldoende, maar het is daarna zeker belangrijk dat een volgende bevalling onder competent toezicht plaatsvindt. Een vaginale bevalling is niet uitgesloten voor een vrouw die een VVF heeft gehad. Als het ging om een jonge vrouw, die inmiddels is gegroeid, of om een obstructieve arbeid door malpresentatie, hoeft er bij een volgende bevalling geen sprake te zijn van een preventieve sectio.

### 4.1.5 Preventie

Naar schatting zouden er 75.000 nieuwe kraameenheden gebouwd moeten worden om te voorkomen dat er zich in Afrika fistelgevallen blijven voordoen. De kosten hiervan zijn aanzienlijk en daar komt dan nog bij dat er personeel nodig is om nieuwe klinieken te bemannen. Er zouden ook wegen en communicatienetwerken gebouwd moeten worden, zodat patiënten op tijd hulp zouden kunnen krijgen. Deze eenheden moeten betaalbaar worden voor de bevolking, voordat dit zin heeft. Ook moet er onderwijs zijn voor de bevolking, zodat zij het belang gaan inzien van perinatale zorg en weten waar zij voor hulp terecht kunnen. (Browning e.a., 2004).

Het FIGO<sup>10</sup> initiatief voor de behandeling en preventie van vaginale fistels heeft de volgende doelstellingen:

- Het voortzetten van sensibilisatie van de bevolking en instanties;
- Het aanbieden van diensten die gratis of gesubsidieerd zijn;
- Het ontwikkelen van training centra en het ondersteunen van bestaande fistelcentra;
- Ondersteuning bieden voor de training van artsen, verpleegkundigen, verloskundigen, etc.;
- Het uitbreiden van fondsenwerving.

(Browning e.a., 2004).

Preventie moet vooral gericht zijn op het bestrijden van zwangerschappen bij jonge meisjes en de factoren die daartoe leiden en op het bereikbaar maken van gezondheidsdiensten. Dit probleem zal blijven bestaan zolang er een taboe hangt rond het onderwerp, door alle gevoelens van schaamte, en zolang vrouwen in ontwikkelingslanden niet de kracht en de kennis hebben om op te komen voor hun rechten. (Browning e.a., 2004).

In 2002 werd er een verslag uitgegeven over de preventie en behandeling van vaginale fistels op een VN conferentie in Addis Ababa, Ethiopië (Cook, 2004). Daarin werden de volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot dit onderwerp:

- Richt de aandacht op deze problematiek;
- Maak zorg voor moeders meer toegankelijk;
- Ontwikkel voorlichtingscampagnes op het niveau van de samenleving;
- Ontwikkel nieuwe transportsystemen;
- Schenk aandacht aan hoe voorlichting over HIV en anticonceptie kan worden geïntegreerd in de kraamzorg en in herstelklinieken voor fistel-patiënten;
- Promoot onderwijs en werkmogelijkheden voor meisjes;
- Breid klinisch onderzoek rond fistel-herstel verder uit.

Uit de analyses van verschillende landen blijkt dat sommige regeringen VVF wel als een probleem zien dat aangepakt moet worden en ook steun willen bieden. Er wordt echter geen prioriteit aan gegeven, omdat VVF geen dodelijke aandoening is. Verder onderzoek is nodig om een duidelijker beeld te geven van de omvang van de problematiek, zodat men doordrongen wordt van het verwoestende effect van VVF. Dan zal er misschien ruimte komen voor meer steun zowel financieel als door beleidsaanpassingen. De grote meerderheid van gezondheidswerkers in Mauritanië wist in 2004 niet eens wat een obstetrische vaginale fistel is, laat staan dat zij op de hoogte waren van oorzaken of mogelijkheden tot preventie. Als men een beter beeld kan krijgen van de realiteit van het leven van meisjes en vrouwen in hun sociale omgeving, kunnen hier ook voorlichtingsprogramma's op aangepast worden. (UNFPA e.a. 2003, 2004).

---

<sup>10</sup> Initiatief van de International Federation of Gynecology and Obstetrics



Er is ook onderzoek gedaan naar alternatieve methoden ter preventie van langdurige obstructieve arbeid, bijvoorbeeld symfyiotomie (op locaties waar men geen sectio uit kan voeren). Dit is een eenvoudige operatie, waarbij het bekken wijder wordt gemaakt door het kraakbeen van de symfysis pubis door te snijden. Synday-Adeoye, Okonta en Twomey (2004) concludeerden uit een review van 1013 gevallen dat symfyiotomie een veilige procedure is als deze wordt uitgevoerd door ervaren hulpverleners. Het is echter niet altijd succesvol. Bovendien kan symfyiotomie ook juist een oorzaak zijn van VVF als deze niet goed wordt uitgevoerd. Bij deze procedure wordt een blaassonde ingebracht om de urethra te localiseren, die door een vinger in de vagina opzij geduwd wordt. De vinger zorgt ervoor dat men kan voelen wanneer de symfysis pubis volledig is doorgesneden. Zo worden de weefsels van de vagina en de urethra beschermd. (Synday-Adeoye e.a., 2004). Een vereiste bij symfyiotomie is dat men zeer nauwkeurig te werk gaat. Ook moeten de benen constant worden ondersteund, om te voorkomen dat men ze te ver gaat spreiden. De bekkenbodem en de sacro-iliacale gewrichten zouden beschadigd kunnen worden door een te sterke abductie van de benen. (Hilton, 2003).<sup>11</sup>

#### 4.1.6 Op weg naar een oplossing

De aanbevelingen van UNFPA e.a. (2003, 2004) zijn specifiek per land en daardoor een uitbreiding op de uitkomsten van de VN conferentie in Ethiopië in 2002 (Cook, 2004) en het FIGO initiatief (Browning, 2004). Hiermee wordt gestreefd naar een totaaloplossing voor het VVF-probleem (gericht op herstel en preventie).

Hier volgt een opsomming van de belangrijkste noden die zijn aangewezen (UNFPA e.a. 2003, 2004):

- Kwalitatief onderzoek om een beter begrip te krijgen van de leefomstandigheden in gebieden waar VVF voorkomt en van de omvang van de problematiek;
- Informatieverstrekking en sensibilisering, rekening houdend met de cultuur en waarschuwend tegen bepaalde tradities die schadelijke gevolgen kunnen hebben (TV, radio en toneel zijn al gebruikt om voorlichting toegankelijker te maken, aangezien er veel analfabetisme is);
- Het opleiden en inzetten van ex-patiënten (zij kunnen een belangrijke rol spelen in de preventie en bij de opvang van andere patiënten);
- Goede transportmogelijkheden voor zwangeren en fistelpatiënten naar ziekenhuizen;
- Reïntegratieprogramma's voor fistelpatiënten die geopereerd zijn en hun plaats weer moeten vinden in de maatschappij;
- Het opleiden van vrouwen, zodat ze voor hun recht kunnen opkomen en voor zichzelf kunnen zorgen (hierbij moeten zeker ook de mannen worden betrokken);
- Referentiesystemen voor perinatale complicaties met de nodige technologie, zoals een radio of telefoon, om communicatie tussen verschillende gezondheidscentra en ziekenhuizen mogelijk te maken;

---

<sup>11</sup> Het verder spreiden van de benen (al dan niet met geweld) om de bekkenuitgang groter te maken is verleidelijk bij onvoldoende resultaat van de symfyiotomie. Er wordt daarom gehamerd op het feit dat de benen ondersteund moeten worden tot het einde van de bevalling, het liefst door twee helpers, omdat de verlostafels in ontwikkelingslanden vaak geen beensteunen hebben. Het gewicht van de benen alleen al kan teveel zijn na een symfyiotomie, bij gebrek aan ondersteuning. Symfyiotomie heeft in sommige landen een slechte reputatie, doordat juist die bevallingen waarbij mogelijk al fistel-vorming is opgetreden, de beste indicatie vormden voor symfyiotomie. Symfyiotomie wordt daardoor geassocieerd met VVF, terwijl de associatie eigenlijk andersom is. (Vanderputte, S., email, 21 mei 2007).

- Training van gezondheidswerkers om bevallingen op een professionele manier te begeleiden en voor het uitvoeren van hersteloperaties bij fistelpatiënten (hierbij gaat het niet alleen om het aanleren van technieken, maar ook om het teweeg brengen van een mentaliteitsverandering bij sommige medici);
- Financiële ondersteuning voor bestaande locaties met mogelijkheden voor hersteloperaties, o.a. voor de bouw van faciliteiten, het aanschaffen van materialen en voor gesubsidieerde behandelingen (in sommige landen zou een aantal jaren ondersteuning van buitenaf volstaan, voor het land zelf om de kans te krijgen een goede infrastructuur op te bouwen) ;
- Financiële en morele ondersteuning voor de medici die vaak onder moeilijke omstandigheden werken (door hen bepaalde voordelen te geven wordt het aantrekkelijker het werk ook te blijven doen);
- Gespecialiseerde VVF-klinieken die model kunnen staan voor de zorg voor de fistelpatiënten en waar ook seksuele voorlichting wordt gegeven;
- Wetenschappelijk onderzoek over en het standaardiseren van protocollen en richtlijnen voor hersteloperaties en voor pre- en postoperatieve zorg, zodat de beste methodes gebruikt zullen worden;
- Het opheffen van voedselschaarste en de behandeling van ondervoeding.

Al deze noden zijn per land veel uitgebreider, maar het zijn de uitgangspunten voor het zoeken naar een oplossing voor het VVF-probleem.

## 4.2 *Situatieschets Burkina Faso*

### 4.2.1 Enkele cijfers

Burkina Faso in West-Afrika is één van de minst ontwikkelde en één van de armste landen ter wereld. De regering heeft aandacht voor het welzijn van jongeren en vrouwen en het verbeteren van de gezondheidszorg. Het ministerie van Volksgezondheid werkte samen met de UNFPA aan een onderzoek over VVF in Burkina Faso (2004). Toch blijft het land kampen met hoge cijfers m.b.t. maternale sterfte en kindersterfte. Hoe hoog deze cijfers precies zijn, is moeilijk te schatten. Verschillende bronnen geven verschillende cijfers. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat veel mensen nergens geregistreerd staan. Vooral op het platteland is het moeilijk om schattingen te maken.

Tabel 1 geeft enige cijfers die een indicatie kunnen zijn voor de VVF-problematiek.

Totale bevolking (miljoenen)	14.3*
Totale fertiliteitsratio (2000-2005)	6.4*
Maternale mortaliteit (per 100,000 levende geboortes)	1,000**
% geboortes met deskundig opgeleid personeel	57***
Bevallingen onder vrouwen 15-19 (per 1,000 geboorten)	136**
Perinatale mortaliteit (per 1,000 levende geboortes)	81***
Levensverwachting bij de geboorte (jaar)	49,21 (schatting 2007)*
% volwassenen met HIV/AIDS	4,2 (schatting 2003)*
Geletterdheid mannen (% ouder dan 15j. dat kan lezen en schrijven)	36,9
Geletterdheid vrouwen (% ouder dan 15j. dat kan lezen en schrijven)	16,6

Tabel 1 **Feiten over Burkina Faso**. Bronnens: \* CIA World Factsbook, 2007 \*\*UNFPA State of World Population, 2004 \*\*\*Rapport Final: Analyse de la Prise en Charge des Fistules Urogénitales, MOH of Burkina Faso and UNFPA, 2004

### 4.2.2 Indeling van de gezondheidszorg in de stad

In de grote steden van Burkina Faso vindt men zowel ziekenhuizen als gezondheidscentra. In de hoofdstad, Ouagadougou, zijn de laatste jaren steeds meer medische centra opgezet, waar vrouwen ook kunnen komen om te bevallen. Het is een minder grote stap om naar zo'n centrum te gaan, dan om naar het ziekenhuis te gaan.

In de beste gezondheidscentra vindt men o.a. een tandarts, een laboratorium, algemene en gespecialiseerde consultaties, een algemene ziekenafdeling, een materniteit, een apotheek en zelfs apparatuur voor echografie en radiologie. Voor operatieve ingrepen worden patiënten doorverwezen naar het universitaire ziekenhuis. Dat is een ziekenhuis van de staat, terwijl gezondheidscentra vaak privé-instellingen zijn, meestal als onderdeel van een missie.

Het medisch centrum waar ik stage liep, heeft een goede reputatie in Ouagadougou als één van de beste faciliteiten in de omgeving. Toch zijn er voor een westerling hier genoeg dingen om van te schrikken.

### **4.2.3 De materniteit**

De materniteit heeft een verloskamer, waar gemiddeld 4 bevallingen per dag plaatsvinden. Hier werken twee soorten vroedvrouwen. De ‘accoucheuses’ hebben een opleiding gehad van twee jaar en mogen alleen de ongecompliceerde bevallingen doen. Zij mogen bijvoorbeeld niet zelfstandig een oxytocine-infuus aanhangen. Zij hebben dus meer de bevoegdheid van een Belgische verloskundige. De ‘sage-femmes’ hebben een drie-jarige opleiding gehad en hebben een grotere bevoegdheid. Zij mogen wel zelf beslissen om een oxytocine-infuus op te starten, om bij te stimuleren bij slecht vorderende arbeid.

De verloskamer wordt ook gebruikt voor consultaties gynaecologie en verloskunde, desnoods gelijktijdig met een bevalling. Er zijn twee onderzoekstafels (eenvoudige platte onderzoekstafels, zonder beensteunen) die dienst doen als verlostafels. Deze zijn van elkaar afgescheiden door een gordijn. Er is één bureau en een tafel met daarop obstetrische stethoscopen en een plek waar men instrumenten laat drogen voordat ze naar sterilisatie gaan. Achterin vindt men een dubbele gootsteen en een aanrecht waar de ontsmettingsmiddelen worden bewaard, een verzorgingskussen en een mechanische weegschaal voor baby's en de kast waarin bedpannen staan. In een hoek van de verloskamer staat een toilet dat dient als stortbak. Deze WC heeft geen bril en is te vuil om nog in zijn oorspronkelijke functie gebruikt te worden. Dat wil niet zeggen dat er niet wordt schoongemaakt, maar het is blijkbaar geaccepteerd dat dit ‘de stortbak’ is en dus ‘de vuile plaats’.

Naast de verloskamer is de ‘wachtruimte’, die dient als arbeidskamer en als observatieruimte voor de eerste uren na een bevalling. Hier staan vijf bedden. Vrouwen kunnen hier wachten met hun gezelschap, meestal minstens één moeder, zus of vriendin. Deze metgezel kan morele steun bieden tijdens de arbeid en is ervoor verantwoordelijk om naar de apotheek te gaan om de nodige materialen te halen voor de bevalling.

Sterilisatie gebeurt in een oven in de ruimte voor prenatale raadplegingen, dichtbij de verloskamer. Voor een bevalling haalt men hier een bevallingsset. Het deksel van een bevallingsset dient meteen als ‘steriel veld’ voor de kochers en de schaar die nodig zijn bij de bevalling. Meestal worden zij door iemand aangegeven die niet steriel staat. Bij elke bevalling wordt één paar steriele handschoenen gebruikt, die bijna nooit echt steriel zijn op het moment van de bevalling. Deze handschoenen dienen meer als bescherming tegen HIV voor de vroedvrouw.

### **4.2.4 Opvolgen van de arbeid**

Vrouwen die binnenkomen met contracties krijgen een opnameonderzoek. Dit houdt in:

- anamnesegegesprek;

- controle van bloeddruk, temperatuur, gewicht, kleur van het bindweefsel rond het oog,<sup>12</sup> varices en oedemen, fundushoogte, foetale harttonen (m.b.v. obstetrisch stethoscoop);
- vaginaal onderzoek.

Als de vroedvrouw vaststelt dat de vrouw in arbeid is, vult zij een volgblad in met gegevens van de vrouw, zoals leeftijd en APG<sup>13</sup>. Op de achterkant worden de resultaten van het onderzoek onder elkaar gezet, met vermelding van datum en uur.

Een hulpmiddel om langdurig obstructieve arbeid te voorkomen of op te sporen, is het partogram. Dit is bekend onder vroedvrouwen in Burkina Faso, maar het wordt lang niet bij iedere arbeid gebruikt. Het type partogram dat gebruikt wordt, begint bij een ontsluiting van 4 cm. Een 'alertlijn' en een 'actielijn'<sup>14</sup> staan duidelijk aangegeven. (Zie bijlage 2.) De bedoeling van het partogram lijkt niet altijd duidelijk, ook al staan de 'gouden regels van het partogram' met grote letters op de muur van de verloskamer geschreven. In één recent geval, waarbij de parturiënte 4 uur lang op 5 cm ontsluiting bleef staan, gooide de vroedvrouw het partogram neer met de woorden: "Zo kan ik geen partogram maken." Het werd daarna gewoon niet verder ingevuld.

Als het partogram wordt gebruikt, dan wordt de arbeid per uur opgevolgd (aantal weeën per 10 minuten, foetale harttonen, maternale pols, ontsluiting). Zonder de controle van het partogram worden vrouwen soms urenlang bij hun begeleiders achter gelaten, vooral 's nachts, als de vroedvrouw wil slapen (zij zijn ongeveer eens in de 10 dagen een nacht van wacht). De vrouw wordt tussendoor nog eens onderzocht, als zij daarom vraagt omdat ze teveel pijn heeft. Vaak wordt dan alleen een vaginaal onderzoek gedaan. Het resultaat hiervan wordt in het beste geval opgeschreven op het volgblad. Dit gebeurt lang niet altijd. Heel af en toe wordt er nog eens naar de foetale harttonen geluisterd.

Aandacht voor psychosociale aspecten ontbreekt in de opleiding vroedkunde. Dit wordt wel theoretisch gegeven op een heel abstracte manier, maar er wordt geen praktijk-toepassing gegeven. Hierdoor ontbreekt dit aspect ook bij de begeleiding van de arbeid. (Ponne, I., persoonlijk gesprek, 2 mei 2007).

Er worden nauwelijks technieken aangeleerd om om te gaan met de pijn van de contracties. Er is geen mogelijkheid voor een epidurale analgesie, dus zal de parturiënte het gewoon moeten volhouden. Alleen als zij erg schreeuwt, zal zij hierbij iets meer begeleiding krijgen. Meestal bestaat dit uit het advies: "Als het pijn doet, doe je je mond open en adem je krachtig uit." Ondertussen wordt er onder de vroedvrouwen vaak wel enigszins minachtend gesproken over vrouwen die de pijn slecht verdragen, in de stijl van: "Ze staat pas op 2 cm en ze roept nu al zo!"

Bij langdurige obstructieve arbeid zal worden doorverwezen naar het Universitair Ziekenhuis Yalgado Ouédraogo (staatsziekenhuis). Er is echter onduidelijkheid over wat 'langdurig' is. De meeste vrouwen willen niet naar het ziekenhuis. Daar zijn ze alleen,

---

<sup>12</sup> Als het bindweefsel goed doorbloed is (dus rood gekleurd), is dit teken dat er geen sprake is van anemie).

<sup>13</sup> Abortus (aantal miskramen), Pariteit (aantal levend geboren kinderen), Graviditeit (aantal zwangerschappen).

<sup>14</sup> Een normale ontsluitingsfase volgt de alertlijn. Als de lijn van de ontsluiting tussen de alertlijn en de actielijn komt te liggen, is er sprake van een verlengde ontsluitingsfase. Hierbij kan men beslissen bij te stimuleren met bijvoorbeeld oxytocine. Als de ontsluitingslijn rechts van de actielijn komt, moet men tot drastischere maatregelen overgaan. Als bijstimuleren niet helpt, moet men de vrouw doorverwijzen naar een ziekenhuis waar voorzieningen zijn voor een sectio.

terwijl ze in een medisch centrum altijd familieleden of vriendinnen bij zich mogen hebben om hen te steunen. Bovendien staat het ziekenhuis erom bekend dat als je daar heen gaat, je hoogst waarschijnlijk een keizersnee zult krijgen. Vroeger had het staatsziekenhuis de bijnaam 'de tombe', omdat patiënten er eerder zieker werden dan gezonder.

#### 4.2.5 De plattelandsvrouwen

VVF komt echter het meeste voor op het platteland, waar vrouwen niet de mogelijkheid hebben om doorverwezen te worden als er complicaties optreden bij de bevalling. In deze afgelegen gebieden zijn ook geen faciliteiten waar fistelpatiënten geholpen kunnen worden.

Het universitaire ziekenhuis in Ouagadougou is één van de 8 locaties waar VVF hersteloperaties worden uitgevoerd in Burkina Faso. De meeste van de fistelpatiënten die hier terecht komen zijn van de bevolkingsgroep Peuhl<sup>15</sup> (of Fulani in het Engels), een nomadenvolk uit het noorden van het land. De Peuhl zijn kleine mensen. Vrouwen zijn meestal rond de 1,50m lang. (Ponne, I., persoonlijk gesprek, 2 mei 2007). Dit komt waarschijnlijk deels door hun nomadisch bestaan, waardoor meisjes vaak ondervoed zijn tijdens hun kinderjaren. Sedentaire Peuhl zijn vaak groter en dikker. De Peuhl die als nomaden leven hebben niet de gewoonte om naar een kliniek te komen voor een bevalling. Problemen van bereikbaarheid en transport zijn voor hen zeker relevant. (Vanderputte, S., email, 21 mei 2007). Traditioneel trouwen ze op jonge leeftijd. Een meisje dat jong zwanger wordt en toch al een kleine gestalte heeft, zal natuurlijk extra veel kans hebben op complicaties tijdens de bevalling. Als zij dan ver bij een kliniek vandaan moet bevallen, zijn alle risicofactoren voor VVF aanwezig.

Volgens het onderzoek van UNFPA e.a. (2004) was de gemiddelde fistelpatiënte 28 jaar oud, analfabeet en zonder inkomen. De meeste van deze vrouwen kregen te kampen met VVF na een eerste of tweede zwangerschap. 28 jaar is oud vergeleken bij de leeftijden die in andere onderzoeken genoemd worden. Dit lijkt niet te voldoen aan het typische beeld van een VVF-patiënte: de tienermoeder met een nog onvolgroeid bekken (zie etiologie: socio-economische factoren). Dit kan te maken hebben met het feit dat de leeftijden lagen tussen de 14 en de 70 jaar. Eén VVF-patiënte van 70 jaar zou de gemiddelde leeftijd heel wat omhoog kunnen trekken. De mediaan leeftijd was 25 jaar en dit is niet zo vreemd aangezien meer dan een kwart van de ondervraagden al meer dan 5 jaar leed aan VVF. Verder moet men er rekening mee houden dat er alleen patiënten werden ondervraagd die al opgenomen waren in klinieken. Dit houdt niet per sé een realistische weergave in van de patiëntenpopulatie van de rest van het land.

Uit het onderzoek kwamen verschillende problemen naar voren die ervoor zorgen dat VVF moeilijk kan worden uitgeroed. Er heerst veel bijgeloof, zoals het idee dat een vrouw bij een moeilijke bevalling maar moet bekennen dat zij ontrouw is geweest of zich bezig heeft gehouden met hekserij. Als zij dat doet, dan zal zij wel snel bevallen. Bovendien staan de vrouwen in de dorpen onder het gezag van een gezinshoofd, waardoor zij zelf niet kunnen beslissen om hulp te zoeken. (UNFPA e.a., 2004).

---

<sup>15</sup> Ongeveer 8% van de bevolking van Burkina Faso (Háparako Stichting, s.a.).

### 4.2.6 Andere struikelblokken op weg naar een oplossing

Men is zich er niet genoeg van bewust dat VVF voorkomen kan worden en dat er herstelmogelijkheden zijn. Zelfs onder gezondheidswerkers is weinig kennis over dit onderwerp. In het algemeen is er al een gebrek aan wetenschappelijk onderbouwde gezondheidszorg en aan kritische reflectie in de medische sector. Volgens Ingeborg Ponne (persoonlijk gesprek, 2 mei 2007) komt dit o.a. doordat hiërarchie een belangrijke rol speelt in de Burkinabese cultuur. Als een vroedvrouw iets op een verkeerde manier doet, zal geen student haar handelen in vraag stellen, maar veel eerder hetzelfde gaan doen. Ook al zien ze wel dat het niet overeenkomt met wat ze in hun opleiding hebben geleerd, studenten zullen zeggen: “Je moet dat accepteren, dit is de praktijk.”

Een ander probleem onder fistelpatiënten is dat zij vaak het geld niet zullen hebben voor een operatie. Door de armoede in het land, hebben ook andere zieken in Burkina Faso vaak geen geld voor medicatie. Soms komen zij op consultatie, krijgen een behandeling voorgeschreven en gaan vervolgens ziek en onbehandeld naar huis, omdat ze de behandeling eenvoudig niet kunnen betalen. VVF-patiënten hebben vaak geen enkele bron van inkomsten, dus voor hen is een behandeling al helemaal niet bereikbaar.

Veel van de hersteloperaties in Burkina Faso, worden uitgevoerd door buitenlandse artsen die slechts tijdelijk in het land zijn. Verder zijn er weinig gezondheidswerkers die geïnteresseerd zullen zijn om deze mensen te helpen. Veel van de medici van het land zelf, werken in hun sector omdat ze de mogelijkheid hadden een goed betaalde baan te krijgen als ‘gezondheidsambtenaar’. Dit zorgt ervoor dat deze mensen vaak geen hart hebben voor het werk dat zij doen, waardoor patiënten doorgaans met weinig respect worden behandeld. Het is erg moeilijk om zorgverleners met die motivatie te interesseren in het zorgen voor de allerarmste patiënten, zeker als die dan ook nog eens stinken naar urine. (UNFPA e.a., 2004, Vanderputte, S., persoonlijk gesprek, 14 december 2006).

## 4.3 *Discussie*

Een bedenking bij de cijfers rond dit onderwerp is dat het gaat om een grotendeels verborgen probleem. Veel van de gegevens zijn schattingen en het grootste deel van de informatie, is gebaseerd op case studies en verhalen van patiënten. Het wetenschappelijk onderzoek dat gedaan is in ziekenhuizen, geeft wellicht geen reëel beeld van de situatie van alle vrouwen die zich ergens in een afgelegen hutje op het platteland schuilhouden.

Wat wel duidelijk wordt uit de literatuur is dat we hier te maken hebben met een afschuwelijk probleem, wat het resultaat is van een verwaarlozing van de gezondheid van vrouwen in ontwikkelingslanden. (Cook e.a., 2004). Het VVF-probleem zal blijven bestaan als er geen tijd en geld wordt besteed aan het verbeteren van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden en het sensibiliseren van de bevolking en de betrokken instanties.

Het is niet verwonderlijk dat vrouwen suïcidaal worden als zij al jarenlang kampen met een urinestroom die niet te stoppen is, pijnlijke ontstekingen hebben aan hun vulva, een mensonwaardig bestaan leiden als uitschot van de maatschappij en moeite hebben om nog te overleven. Ik vraag me ook af hoe een vrouw nog haar plaats moet terugvinden in de samenleving, als zij bijvoorbeeld al 17 jaar buiten die samenleving heeft geleefd door de gevolgen van VVF. Zij kan dan wel dankbaar zijn met een hersteloperatie, maar vervolgens begint zij waarschijnlijk aan een volgende moeilijke episode van haar leven. Veel van de ex-

patiënten moeten beginnen te revalideren, zonder dat zij zelfs nog de steun hebben van hun echtgenoot.

Er is een enorme achterstand voor de behandeling van vaginale fistels. Dit legt nog meer nadruk op het belang van preventie. Hier moet wellicht meer onderzoek naar gedaan worden. Ik heb weinig informatie gevonden over het concreet trainen van hulpverleners in ontwikkelingslanden om deze problematiek tegen te gaan. Alternatieven, zoals symfyotomie, zouden mogelijk uitkomst kunnen bieden, maar ook alleen als er genoeg hulpverleners hier grondig in getraind zouden worden. Dit is wel een eenvoudige procedure, die ook aan verloskundigen geleerd zou kunnen worden.

Als hulpverlener is het erg belangrijk om te letten op het psychisch welzijn van de patiënt. Tijdens het bestuderen van de literatuur over dit onderwerp is het mij opgevallen hoe wijds de problematiek is. Er is zeker nood aan een holistische visie met betrekking tot de complicaties die gepaard gaan met VVF en ook de psychosociale implicaties. Ook na een hersteloperatie is er psychologische begeleiding nodig voor deze patiënten. Maar hoe kan hierin worden voorzien, op plaatsen waar zelfs basis gezondheidszorg moeilijk te vinden is?

Aangezien er een heel aantal culturele en traditionele factoren een rol spelen, is het geen eenvoudige taak om verandering te brengen in de situatie. Het probleem kan niet door het Westen opgelost worden door zoveel mogelijk klinieken op te starten. Er kan nooit genoeg gedaan worden, als de plaatselijke bevolking niet zelf gemotiveerd wordt om het probleem aan te pakken.

#### ***4.4 Implementatie in de verloskundige praktijk***

Obstetrische vaginale fistels kwamen tot in het begin van de twintigste eeuw nog frequent voor in de westerse wereld, om dezelfde redenen als vandaag de dag in ontwikkelingslanden. Het probleem is bij ons als het ware 'uitgestorven', doordat de medische kennis en de socio-economische toestand van de bevolking vooruit zijn gegaan. (Vanderputte, S., persoonlijk gesprek, 14 december 2006).

Een groot probleem in ontwikkelingslanden is dat vrouwen vaak geen medische hulp krijgen bij een moeilijke bevalling, doordat zij niet bij ziekenhuizen in de buurt komen. Nog schokkender in de ogen van een westerse verloskundige, is de mentaliteit die heerst in veel ziekenhuizen, waardoor het risico op perinatale mortaliteit en morbiditeit verhoogd is.

In Europa gaat men ervan uit dat een bevalling nauwkeurig wordt opgevolgd. Hulpmiddelen zoals een partogram worden bij elke bevalling gebruikt. Hierdoor komt het niet snel voor dat een parturiënte urenlang aan haar lot wordt overgelaten. Vroedvrouwen zijn zich er erg van bewust dat onverschilligheid en onnauwkeurigheid niet tolereerbaar zijn. Zij weten dat het het einde van hun loopbaan kan betekenen als er iets mis gaat doordat zij hun werk niet goed doen. Patiënten kennen hun rechten.

In Afrika is dit niet zo voor de meerderheid van de bevolking. Medisch personeel kan zich vaak een te onverschillige houding permitteren. Vaak wordt een te afwachtende houding aangenomen. Zo kan een vrouw ook in een kliniek complicaties ontwikkelen als gevolg van langdurig obstructieve arbeid.



Er is dus sensibilisatie nodig, niet alleen om mensen zo ver te krijgen dat zij naar het ziekenhuis gaan, maar ook onder plaatselijke verloskundigen. Er bestaat op dit moment een te grote kloof tussen theorie en praktijk. Om deze kloof te overbruggen is onderwijs nodig.

In Burkina Faso was een duidelijk verschil merkbaar tussen de vroedvrouwen die het partogram gebruiken en zij die dat niet doen. Het partogram is onvolledig als bepaalde gegevens niet ieder uur worden ingevuld. Dit zou vroedvrouwen kunnen stimuleren om deze gegevens daadwerkelijk bij te houden. Toch zal kennis van het partogram pas effect hebben, als vroedvrouwen zelf echt gemotiveerd zijn om het te gebruiken. In Burkina Faso lijkt slechts een deel van de vroedvrouwen overtuigd te zijn van het nut ervan.

De opleiding verloskunde is ontzettend zwaar in Burkina Faso. Studenten moeten ongelooflijk veel uit hun hoofd leren. Toch lijkt het of men vergeet dat bepaalde attitudes onmisbaar zijn om de verloskunde op een goeie manier te beoefenen, vb. betrokkenheid, betrouwbaarheid, nauwkeurigheid en kritische instelling. Het kost veel tijd om zulke attitudes aan te leren, maar op dit gebied zou er zeker training nodig zijn in ontwikkelingslanden.

Voor verloskundigen die in zulke landen willen werken, is het belangrijk om dit te beseffen. Zij kunnen wel zelf naar een land als Burkina Faso gaan om daar als vroedvrouw te gaan werken, maar om een wezenlijk verschil te maken, zullen zij zich moeten verdiepen in de cultuur en de mentaliteit van het land. Pas als zij begrijpen waarom men bepaalde aspecten als onbelangrijk ervaart, terwijl deze juist onontbeerlijk zijn, zal men kunnen proberen om hier iets aan te veranderen. Ik denk dat het belangrijk is om plaatselijke verloskundigen te trainen, omdat zij ook het gemakkelijkst ingang zullen vinden bij de bevolking en omdat zij een blijvend verschil kunnen maken in hun land.

De brochure die tot stand kwam als onderdeel van dit eindwerk (bijlage 3) is slechts een introductie tot de VVF-problematiek. Het is misschien een heel klein stapje op weg naar meer onderzoek over dit onderwerp vanuit de westerse wereld.

## 5 Besluit

Volgens schattingen zijn er vandaag de dag in ontwikkelingslanden nog ongeveer 2 miljoen vrouwen die lijden aan VVF. Er zouden er elk jaar zo'n 100.000 bij komen. De prevalentie is hoog in ontwikkelingslanden, vanwege een heel aantal socio-economische factoren.

Vrouwen in ontwikkelingslanden hebben vaak een verhoogd risico voor obstructieve arbeid. Jonge meisjes, die worden uitgehuwelijkt voordat hun bekken helemaal volgroeid is en die daarbij een groei-achterstand hebben door ondervoeding, hebben veel kans op een foetopelvische disproporctie.

Als zij ver bij een kliniek vandaan bevallen en uit een cultuur komen waar het ongewoon is om medische hulp te zoeken, dan zal er ook geen hulp zijn als er complicaties optreden. Daar komt bij dat in klinieken ook vaak een mentaliteit heerst, waardoor patiënten vertraagd worden geholpen.

Langdurige obstructieve arbeid is daarom de belangrijkste oorzaak van obstetrische vaginale fistels in ontwikkelingslanden. Het is schokkend dat een vrouw dagenlang in arbeid kan zijn, zonder dat iemand door heeft dat het gaat om een geval van obstructieve arbeid en zonder dat zij adequate hulp krijgt.

Na het ontstaan van een vaginale fistel, zal de vrouw constant urine en/of faeces lekken. Vaak zijn er bijkomende complicaties, die het moeilijk maken voor de vrouw om haar functie in de maatschappij te vervullen. De gevolgen zijn echter niet alleen van fysieke aard. VVF is verwoestend voor het sociale leven van de vrouw, want niemand wil bij iemand in de buurt zijn die de hele dag stinkt naar urine.

Hersteloperaties zijn mogelijk, maar voor deze vrouwen vaak te duur. Zij hebben meestal nauwelijks inkomsten, zeker als zij door hun familie verstoten zijn. Veel VVF-patiënten zijn zich niet eens bewust van de mogelijkheden voor herstel. Er is bovendien een groeiende achterstand voor het aantal hersteloperaties die nog nodig zouden zijn in ontwikkelingslanden.

De vroedvrouw kan bijna alle fistels voorkomen als zij de middelen daartoe krijgt. In ontwikkelingslanden zijn echter niet genoeg getrainde vroedvrouwen aanwezig, vooral buiten de grote steden. Er zijn ook niet genoeg referentiecentra, waar vrouwen naar toe kunnen bij vaststelling van obstructieve arbeid. Een vroedvrouw kan wel een partogram gebruiken om de arbeid te volgen, maar als er bij complicaties geen mogelijkheid is om een keizersnee uit te voeren, dan heeft dit geen nut.

Symfyotomie is een alternatieve techniek die ook vroedvrouwen zouden kunnen leren. Dit zou uitkomst kunnen bieden als er geen mogelijkheid is voor een sectio.

Misschien ligt de belangrijkste taak van de vroedvrouw in voorlichting m.b.t. het VVF-probleem. Zolang de plaatselijke bevolking zich niet bewust is van het belang van een goede opvolging van de bevalling, zullen vrouwen aan hun lot worden overgelaten. Het is ook van essentieel belang dat mensen de gevaren leren van zwangerschappen op erg jonge leeftijd. Vandaag de dag komt het nog steeds voor dat meisjes worden uitgehuwelijkt, nog voordat hun lichaam voldoende ontwikkeld is voor een zwangerschap.

Er is voorlichting nodig, niet alleen onder vrouwen, maar zeker ook onder de mannen in ontwikkelingslanden. Het zijn meestal de mannen die beslissingen nemen over het lot van de vrouw. Bovendien is er nood aan sensibilisatie van het medisch personeel. Zelfs in klinieken vindt men vaak een mentaliteit die ervoor zorgt dat patiënten niet goed worden gevolgd.

Ten laatste mogen we de regeringen van ontwikkelingslanden niet vergeten. Vaak wordt er in regeringsprogramma's weinig prioriteit gegeven aan het VVF-probleem, omdat het niet dodelijk is. Toch is het de vraag of VVF-patiënten wel echt leven. Hun bestaan is in ieder geval mensonwaardig te noemen en dat door iets wat eigenlijk te voorkomen is.

## 6 Literatuur

Ahmad, S., Nishtar, A., Hafeez, G.A., Khan, Z. (2005). Management of vesico-vaginal fistulas in women. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 88(1), 71-5.

Arrowsmith, S., Hamlin, E.C., Wall, L.L. (1996). Obstucted labor injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstetric & Gynaecological Survey*, 51(9), 568-74.

Browning, A., Patel, T.L. (2004). FIGO initiative for the prevention and treatment of vaginal fistula. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 86(2), 317-22.

Campaign to End Fistula. (S.a.). Geraadpleegd op 24 november 2006, <http://www.endfistula.org/>

CIA *CIA World Factsbook*. (Updated 17 April 2007). Geraadpleegd op 27 april 2007, <https://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/uv.html>

Cook, R.J., Dickens, B.M., Syed, S. (2004). Obstetric fistula: the challenge to human rights. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 87(1), 72-7.

Coombes, R. (2004). Supporting surgery for obstetric fistula. *BMJ*, 329, 1125-1126.

Donnay, F., Weil, L. (2004). Obstetric fistula: the international response. *The Lancet*, 363(9402), 71-2.

Fistula Foundation. (S.a.). *Fistula links*. Geraadpleegd op 3 april 2006, <http://www.fistulafoundation.org/aboutfistula/fistulalinks.html>

Gees, L. Kelst, L. van, Maes, I. (2005). Handleiding bij het eindwerk voor het 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> jaar vroedkunde. [Niet gepubliceerde cursus.] Leuven, Katholieke Hogeschool Leuven, departement verpleeg- en vroedkunde.

Gharoro, E.P., Abedi, H.O. (1998). Vesico-vaginal fistula in Benin City, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 64, 313-314.

Háparako Stichting. (S.a.). *De bevolking van Burkina Faso*. Geraadpleegd op 21 mei 2007, <http://www.haparako.com/nl/burkina/index.htm>

Hilton, P. (2003). Vesico-vaginal fistulas in developing countries. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 82(3), 285-95.

Mercx, M., (2002), Hoe schrijf ik zelf een folder of brochure? *Tijdschrift gezondheidsvoorlichting*, november 2002, 1-3.

Mercy Ships. (S.a.). *Newsletter 1-31 January, 2006*. Geraadpleegd op 24 maart 2006, [http://www.mercyships.org/site/c.agLOI4OFKrF/b.1355287/k.5235/131\\_January\\_2006.htm](http://www.mercyships.org/site/c.agLOI4OFKrF/b.1355287/k.5235/131_January_2006.htm)

Mercy Ships. (S.a.). *VVF surgery*. Geraadpleegd op 6 mei 2006, [http://www.mercyships.org/site/c.agLOI4OFKrF/b.1078075/k.A270/VVF\\_Surgeries.htm](http://www.mercyships.org/site/c.agLOI4OFKrF/b.1078075/k.A270/VVF_Surgeries.htm)

- O'Loughlin, J. (1997). Safe motherhood: impossible dream or achievable reality? *The Medical Journal of Australia*, 167, 622-625.
- Smith, G.L., Williams, G. (1999). Vesicovaginal fistula. *BJU International*, 83, 564-570.
- Steiner, A.K. (1996). The problem of postpartum fistulas in developing countries. *Acta Tropica*, 62, 217-223.
- Sunday-Adeoye, I.M., Okonta, P., Twomey, D. (2004). Symphysiotomy at the Mater Misericordiae Hospital Afikpo, Ebonyi State of Nigeria (1982-1999): a review of 1013 cases. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 24(5), 525-29.
- UNFPA, EngenderHealth. (2003). Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries.
- UNFPA, Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken Mauritanië. (2004). Analyse de la situation des fistules obstétrical de Mauritanie.
- UNFPA, Ministerie van Volksgezondheid Burkina Faso. (2004). Analyse de la prise en charge des fistules urogenitales au niveau des services de référence du Burkina 2001-2003.
- Waldijk, K. (2004). The immediate management of fresh obstetric fistulas. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 191(3), 795-9.
- Wall, L.L., Fitsari 'dan Duniya. (2002). An African (Hausa) praise song about vesicovaginal fistulas. *Obstetrics & Gynaecology*, 100(6), 1328-32.
- Wall, L.L., Karshima, J.A., Kirschner, C., Arrowsmith, S.D. (2004). The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 190(4), 1011-9.

## **7 Bijlagen**

- Bijlage 1: Literatuurtabel
- Bijlage 2: Partogram bij langdurig obstructieve arbeid
- Bijlage 3: Het eindproduct: Brochure voor vroedvrouwen

**Bijlage 1: Literatuurtabel**

<b>Auteur</b>	<b>Jaar</b>	<b>Titel</b>	<b>Onderzoeksvraag</b>	<b>Design</b>	<b>Steekproef</b>	<b>Variabelen</b>	<b>Meet-instrumenten</b>	<b>Resultaten</b>
Arrowsmith, S., Hamlin, E.C., Wall, L.L.	1996	Obstucted labor injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world.	Wat zijn de gevolgen van langdurige obstructieve arbeid?	Systematic review		De verschillende complicaties van langdurige obstructieve arbeid	Bestaande literatuur en cijfers uit verschillende bronnen	Langdurige obstructieve arbeid resulteert in een breed spectrum van morbiditeit, inclusief vesicovaginale fistels, rectovaginale fistels, infertiliteit, 'foot-drop'
Browning, A., Patel, T.L.	2004	FIGO initiative for the prevention and treatment of vaginal fistula	Hoe kunnen we het probleem van VVF/RVF aanpakken?	Case study + overzicht van het FIGO initiatief			Illustratie van de problematiek a.h.v. een casus	“The FIGO initiative” met 3 hoofddoelen: 1) Grotere bereikbaarheid van VVF behandeling en meer training in bestaande centra. 2) Het bouwen van meer centra voor VVF behandeling naast bestaande ziekenhuizen met

								<p>kraamafdeling, incl. het verbeteren van bestaande faciliteiten.                  3) Oprichten van een fonds om VVF centra meer bereikbaar te maken en voor training van chirurgen, verloskundigen, verpleegkundigen en sociaal werkers.</p>
<b>Auteur</b>	<b>Jaar</b>	<b>Titel</b>	<b>Onderzoeksvraag</b>	<b>Design</b>	<b>Steekproef</b>	<b>Variabelen</b>	<b>Meet-instrumenten</b>	<b>Resultaten</b>
Cook, R.J., Dickens, B.M., Syed, S	2004	Obstetric fistula: the challenge to human rights	Wat is het verband tussen VVF en het schenden van de mensenrechten?	Systematic review			Er is gebruik gemaakt van bestaande literatuur en gegevens.	Artikel vat samen: voorbeschikkende sociale factoren, sociale consequenties, reacties van de medische wereld, de gezondheidszorg en vanuit het oogpunt van de mensenrechten.



<b>Auteur</b>	<b>Jaar</b>	<b>Titel</b>	<b>Onderzoeksvraag</b>	<b>Design</b>	<b>Steekproef</b>	<b>Variabelen</b>	<b>Meet-instrumenten</b>	<b>Resultaten</b>
Gharoro, E.P., Abedi, H.O.	1998	Vesico-vaginal fistula in Benin City, Nigeria	Hoe succesvol zijn de hersteloperaties in een ziekenhuis in Benin City, Nigeria voor verschillende soorten fistels?	Longitudinaal onderzoek, experimentele opzet	n = 49	Leeftijd, pariteit, duur van de arbeid, soort bevalling, soort fistel.	Alle informatie is bijgehouden in een computer database.	Overall succes rate: 81,3% Meeste succes bij mid-vagina fistels: 93,3% Daarna bij vesico-uterine fistels: 84,6% VVF in deze serie ook na instrumentele kunstverlossing of sectio, in multipara (niet het typische beeld van een fistula patiënt). Fistels van het OUS en cervix mogelijk door slechte kwaliteit van medisch ingrijpen.
Hilton, P.	2003	Vesico-vaginal fistulas in developing countries	Review van de principes van onderzoek en behandeling.	Systematic review			Er is gebruik gemaakt van bestaande literatuur en gegevens.	Het is nodig dat regeringen het probleem gaan inzien, dat de status van vrouwen in de samenleving

								wordt verbeterd, dat er onderwijs komt voor meisjes, dat er betaalbare en bereikbare voorzieningen komen voor alle zwangeren.
<b>Auteur</b>	<b>Jaar</b>	<b>Titel</b>	<b>Onderzoeksvraag</b>	<b>Design</b>	<b>Steekproef</b>	<b>Variabelen</b>	<b>Meet-instrumenten</b>	<b>Resultaten</b>
O'Loughlin, J.	1997	Safe motherhood: impossible dream or achievable reality?	Hoe veilig is het om moeder te worden in ontwikkelingslanden of binnen een minderheidsgroep?				Er is gebruik gemaakt van bestaande literatuur en gegevens.	Er is voorlichting nodig voor vrouwen om hun eigen veiligheid in handen te krijgen.
Sunday-Adeoye, I.M., Okonta, P., Twomey, D.	2004	Symphysiotomy at the Mater Misericordiae Hospital Afikpo, Ebonyi State of Nigeria (1982-1999): a review of 1013 cases.	Is symfysiotomie een veilige techniek ter preventie van langdurige obstructieve arbeid?				Er is gebruik gemaakt van bestaande literatuur en gegevens.	Symfysiotomie is een veilige techniek, mits zorgvuldig toegepast door goed getraind personeel, onder de juiste omstandigheden.

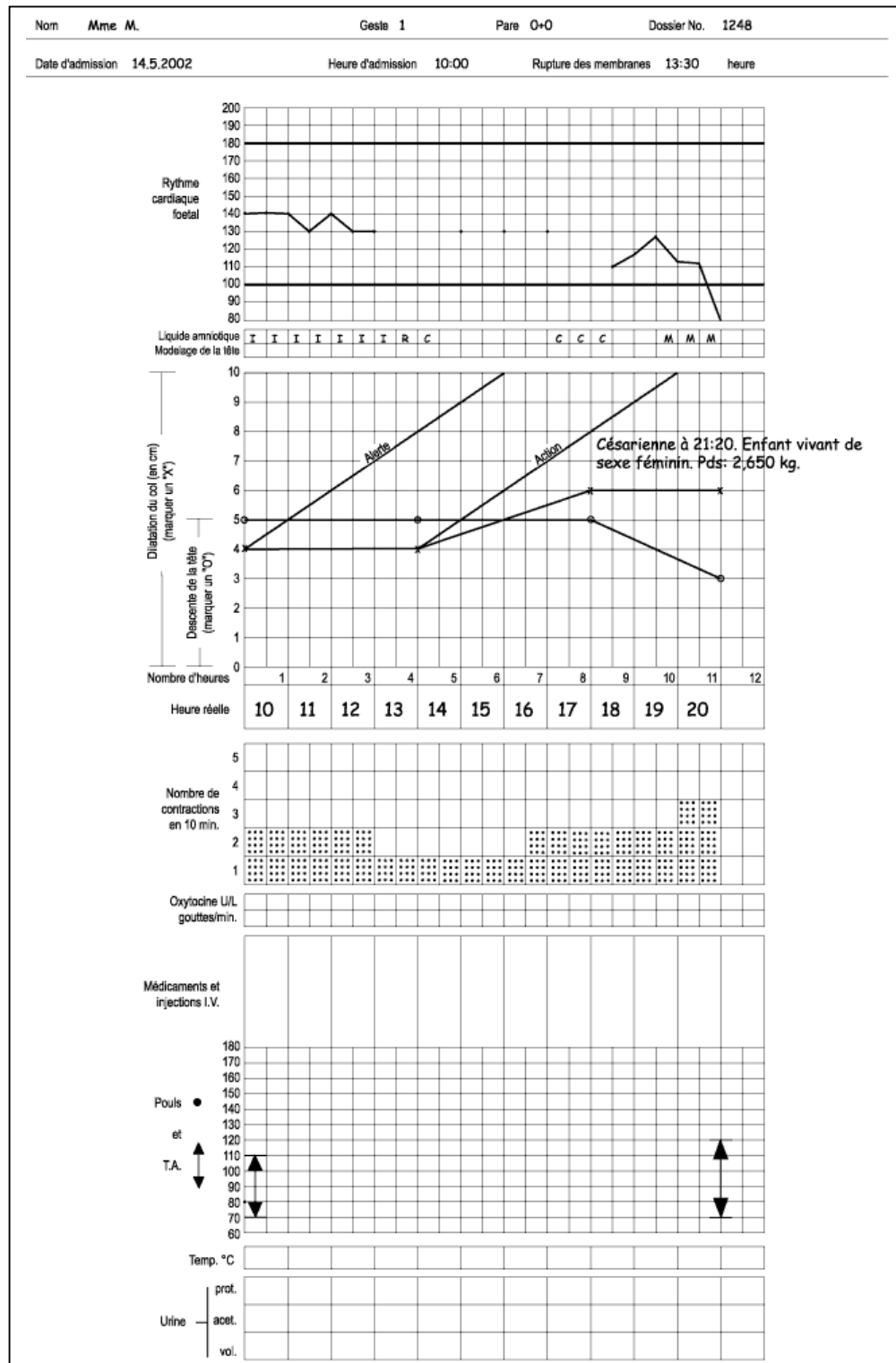
Auteur	Jaar	Titel	Onderzoeksvraag	Design	Steekproef	Variabelen	Meet-instrumenten	Resultaten
UNFPA, Engender-Health	2003	Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries	Wat zijn de noden met betrekking tot het VVF-probleem in verschillende ontwikkelingslanden ?	Beschrijvende, exploratieve studie	In 9 landen zijn gezondheids-centra bezocht	Omstandigheden en gegevens per land	Open vragenlijst	Moeilijkheden zijn geïdentificeerd en aanbevelingen geformuleerd.
UNFPA, Ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken Mauritanië	2004	Analyse de la situation des fistules obstetrical de Mauritanie.	Onder welke omstandigheden zijn de fistels ontstaan? Wat zijn de economische en psychologische gevolgen? Wat is de kennis van medisch personeel rond dit probleem? Heeft de gezondheidszorg de capaciteit om te zorgen voor een oplossing?	Beschrijvende, exploratieve studie	n = 237 medici die te maken krijgen met bevallingen n = 10 fistel-patiënten (in de regio zouden er zo'n 30 zijn)	Ervaring van gezondheids-werkers en achtergronden van patiënten	Enquête	Fistelpatiënten zijn jong uitgehuwelijkte vrouwen. Meestal zijn ze 2-3 dagen in arbeid geweest, voordat ze medische hulp kregen en 80% beviel van een dood-geboren kind. De meeste vrouwen zijn verstoten, sommigen wonen bij familie. Er is veel schaamte. VVF heeft geen prioriteit, er zijn 2 ziekenhuizen waar af en toe herstel-operaties

								worden uitgevoerd en er zijn geen programma's voor preventie. ¾ van het medisch personeel wist niets over VVF.
Auteur	Jaar	Titel	Onderzoeksvraag	Design	Steekproef	Variabelen	Meet-instrumenten	Resultaten
Waldijk, K.	2004	The immediate management of fresh obstetric fistulas	Wat is het resultaat van onmiddellijk behandeling van vaginale fistels?	Prospectief of longitudinaal onderzoek, experimentele opzet	n = 1716 VVF minder dan 3 mnd. oud, behandeld in Katsina en Kano, noord Nigeria	Leeftijd, pariteit, grote van de fistels, soort fistels.	Evaluatie van het laatste klinisch onderzoek van de vrouwen	1633 (95,2%) gesloten na 1 operatie, 57 na meerdere pogingen. Totaal geslaagd: 1690 (98,5%). 1575 (93,2%) continent, 115 (6,8%) incontinent na behandeling. Resultaten slechter naarmate grote van de fistels toenam. Postoperatieve wondinfectie: geen. Postoperatieve sterfte: 6 (0,4%).

Auteur	Jaar	Titel	Onderzoeksvraag	Design	Steekproef	Variabelen	Meet-instrumenten	Resultaten
Wall, L.L., Fitsari 'dan Duniya	2002	An African (Hausa) praise song about vesicovaginal fistulas	Hoe wordt deze “song” gebruikt voor de reïntegratie / rehabilitatie van VVF patiënten?	Inzichten a.h.v. een Hausa Praise Song over VVF / ethnografie			Transcriptie en vertaling van het lied	Artikel laat implicaties van VVF zien en het belang van hulp om vrouwen hun waardigheid terug te geven.
Wall, L.L., Karshima, J.A., Kirschner, C., Arrowsmith, S.D.	2004	The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria	Wat zijn de kenmerken van vrouwen met obstetrische vesicovaginale fistels in een ziekenhuis in noord- centraal Nigeria?	Retrospectief onderzoek: “retrospective record review”	N = 932  n = 899 Obstetrische fistels.	Leeftijd van de patiënt, lengte, gewicht, leeftijd van de menarche, leeftijd op moment van huwelijk, obstetrische geschiedenis, gebruik van anticonseptiva, beroep, opleidingsniveau, burgerlijke stand, duur van de arbeid, plaats van bevalling, soort bevalling, wie assisteerde de bevalling, de reden voor vertraagde hulpvraag,	De documentatie van het ziekenhuis (anamnese gegevens)	899 (96,5%) geassocieerd met arbeid en bevalling, 33 fistels met andere oorzaak, zoals gishiri, trauma, maligniteit. 899 obstetrische: 764 (85%) vesicovaginale fistels, 99 (11%) combinatie van vesicovaginale en rectovaginale fistels, 36 (4%) rectovaginale fistels. Typische patiënt: Licht en klein (44 kg, <150 cm), jong gehuwd (15,5 j.), nu

						uitkomst van de zwangerschap, periode sinds het ontstaan van de fistel voor er hulp werd gezocht.		gescheiden, ongeschoold, ontwikkelde fistel als primigravida, bevalling duurde >2 d., doodgeboren kind.
--	--	--	--	--	--	---	--	---

## Bijlage 2: Partogram bij langdurig obstructieve arbeid



Bron: World Health Organisation. (S.a.) *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin.* Geraadpleegd op 18 mei 2007, [http://www.who.int/reproductive-health/mcpc\\_fr/symptomes/fig\\_s6.html](http://www.who.int/reproductive-health/mcpc_fr/symptomes/fig_s6.html)

### **Bijlage 3: Eindproduct: Brochure voor vroedvrouwen**