



MOEDERSTERFTE IN SURINAME

**ELKE MOEDER TELT
WE HEBBEN ALLEMAAL EEN ROL TE
VERVULLEN**

**Rapport ter Bevordering
van
Verhoogde Verantwoording en Multisectorale Inzet
om Moedersterfte in Suriname te Voorkomen**

Voorwoord

Het is een internationaal streven om elk geval van moedersterfte te identificeren en maatregelen te treffen om moedersterfte te voorkomen. In diverse landen krijgt elke moedersterfte aandacht tot op de hoogste niveaus. In Suriname streven we dit doel ook na.

Dit document is bedoeld om te pleiten voor de vereiste aandacht en verantwoording van alle belanghebbenden voor moedersterfte. Ik roep alle belanghebbenden op zich in te zetten voor onze zwangere vrouwen en moeders. Dat een ieder, in welke positie dan ook, zijn of haar verantwoording draagt om de tragedie van moedersterfte te voorkomen.

Ik wil hierbij iedereen bedanken die bijgedragen heeft tot het standkomen van dit document, het Bureau voor Openbare Gezondheidszorg, de Maternale Mortality Suriname Commissie, PAHO, onderzoekers op het gebied van maternale en babysterfte, ziekenhuizen, RGD, MZ, buurtorganisaties en andere belanghebbenden die betrokken geweest zijn in het identificeren van factoren die bijdragen aan slechte resultaten voor moeder en kind.

Ik heb er alle vertrouwen in dat we gezamenlijk het belangrijke doel zullen bereiken om vermijdbare moedersterfte in ons land te realiseren.

Dr. Cleopatra Jessurun
Directeur van Volksgezondheid
Maart 2020

Moedersterfte in Suriname behoort tot één van de hoogste in de regio

I. Over moedersterfte

Moedersterfte is een wereldwijd, regionaal en nationaal probleem. Complicaties tijdens zwangerschap, bevalling en de periode na de bevalling (postnataal), zijn wereldwijd de oorzaak van moedersterfte. De meeste sterfgevallen kunnen voorkomen worden (1,2,3). In overeenstemming met de Sustainable Development Goals (SDG's) is het regionaal doel om moedersterfte tegen 2030 aanzienlijk te verminderen onder alle bevolkingsgroepen, met speciale aandacht voor de meest kwetsbaren (4).

***"Voor elke moeder die sterft, is er een familie die lijdt,
een gemeenschap die zwakker wordt, een land dat armer wordt"***

PAHO Director, Carissa F. Etienne

Moeder en babysterfte bij de geboorte, in Suriname

Suriname is één van de vijf landen in de regio met het hoogste moedersterfte ratio (MMR). De moedersterfte in Suriname is geschat op 120-130 per 100.000 levendgeborenen (5,6). Om het regionaal doel van minder dan 30 per 100.000 vóór 2030 te bereiken, moet dit sterftecijfer dus aanzienlijk dalen.

Ziekten tijdens de zwangerschap en complicaties bij de bevalling leiden vaak tot ongunstige zwangerschaps- en geboorteuitskomsten zoals doodgeboorte en sterfte van de pasgeborene (1,2,3). Suriname heeft ook een relatief hoog aantal van 15,6 doodgeborenen per 1.000 geboren (7,8); het tweede hoogste sterftecijfer van de regio (9). Het sterftecijfer van pasgeborenen is eveneens hoog en wordt geschat op 12 per 1.000 levendgeborenen (MICS, 2018). Perinatale sterfte (doodgeborenen en pasgeborenen sterfte) is een traumatische gebeurtenis voor de moeder met de gevolgen vandien.

Wanneer sterven deze vrouwen?

Vrouwen sterven tijdens de zwangerschap, bevalling en de periode na de bevalling. De meeste vrouwen overlijden in de periode na de bevalling (63%) (6).

Welke vrouwen lopen het hoogste risico van sterfte en waar vinden de meeste sterftes plaats?

Van de 65 vrouwen die waren overleden in de periode 2010 – 2014 was de moedersterfte ratio per regio het hoogst in het rurale binnenland (160 versus landelijk 130). De sterfte ratios in stedelijk Paramaribo/Wanica was 145, in de rurale kustvlakte 120 en in stedelijk in Nickerie 80. Echter, de meeste vrouwen overlijden in zorginstellingen, met name in stedelijke ziekenhuizen (68%) (6). Hier vinden ook de meeste bevallingen plaats (82%). Uit recent onderzoek is gebleken dat de Marron etnische achtergrond en de vrouwen van lagere sociaal-economische klassen het hoogste risico op moedersterfte en doodgeborenen lopen (6,7).

Hoe sterven deze vrouwen?

De belangrijkste oorzaken van overlijden van vrouwen zijn infecties, bloedingen, hoge bloeddruk en indirecte oorzaken (dit betekent dat er al een onderliggende ziekte aanwezig was) (6).

Factoren die bijdragen aan een slechte gezondheid van moeders

Onvoldoende kwaliteit van de zorg in gezondheidsinstellingen is een belangrijk probleem en resulteert in te late diagnose, vertraging in de behandeling en inadequate monitoring van patiënten (6,11). 13% van de vrouwen heeft aangegeven niet tevreden te zijn met de verleende gezondheidsdiensten (14). Bovendien blijkt dat de zorg ook onvoldoende is na de bevalling daar de meeste moedersterftegevallen plaatsvonden in de periode na de bevalling (63%) (6). Huisbezoeken tijdens de eerste week na de geboorte zijn eerder een uitzondering dan regel (14,15).

Vrouwen ervaren belemmeringen bij het verkrijgen van hun ziektekostenverzekeringskaart, wat leidt tot een vertraging in de prenatale zorg en een hoog risico op verloskundige complicaties (13,14,15,16,17). Onder de moedersterfte (2015 - 2018) had 15% van de vrouwen geen medische verzekering (16). Dit komt overeen met het percentage onverzekerde vrouwen (17%) die een doodgeboren kindje kregen. De verzekeringsstatus anno 2019, is echter wel sterk verbeterd tov de periode 2015-2018.

Hiernaast dekt de ziektekostenverzekering niet alle essentiële medicatie, nog bepaalde diensten zoals kraamzorg en huisbezoeken (12,14,15). De dekking verschilt ook per verzekeraar, oa voor medicatie tgv onvoldoende standaardisatie van de zorg (geen nationaal dienstenpakket voor maternale gezondheidszorg en niet eenduidige richtlijnen voor oa prenatale en postnatale zorg) wat voor ongelijkheid en verwarring zorgt.

Feiten over moedersterfte

Suriname is één van de vijf landen in de regio met het hoogste moedersterftecijfer

Meerderheid van de sterfgevallen

In ziekenhuizen

Onder de Marron etnische groep

Onder bevolkingsgroepen van lagere sociaal-economische klassen

Tijdens de periode na de bevalling

Substandaard zorgfactoren in zorginstellingen en **onvoldoende zorg na de bevalling** spelen een belangrijke rol is

Bij 15% van de moedersterftegevallen had de moeder geen **ziektekostenverzekering** (2015 - 2018)

De overleden vrouwen hadden niet allemaal **toegang tot de gezondheidszorg** die ze nodig hadden

Er zijn ook problemen waargenomen met betrekking tot de verwijzing van zwangere vrouwen tussen gezondheidscentra en ziekenhuizen, wat leidt tot onnodige vertraging in het verkrijgen van adequate zorg. Late verwijzing door gezondheidscentra en huisartsen is vaak ook een groot probleem, waardoor vrouwen met complicaties komen die verkomen hadden kunnen worden. Communicatie tussen de eerste en tweede lijn moet wederzijds verbeterd worden om beter en adequaat zorg te kunnen bieden.

Bovendien is terugkoppeling van informatie van ziekenhuizen naar de gezondheidscentra onvoldoende (14).

Fondsen voor transport, kosten voor tijdelijk verblijf en onverwachte medische kosten vormen een probleem voor vrouwen met een lagere sociaal-economische achtergrond (14,15,19).

Overige problemen zijn het te laat en te weinig gebruik maken van prenatale zorg, onvoldoende kwaliteit van de prenatale zorg, onvoldoende geboortespreiding, tienerzwangerschappen, een onvervulde behoefte aan anticonceptie en abortussen (14, 15,20). Er is inadequate toegang voor vrouwen en tieners van anticonceptie.

Daarnaast is anticonceptie in de taboesfeer bij ouders van bepaalde bevolkingsgroepen. Er is onvoldoende promotie en voorlichting.

Onvoldoende bewustzijn van gezondheidsrisico's draagt bij aan het te laat zoeken naar gezondheidszorg en ongezond gedrag (12,14,15). Bloedarmoede, obesitas, diabetes en hypertensie zijn bekende risicofactoren voor ziekte en sterfte onder moeders (21). Hiernaast kunnen traditionele praktijken en culturele normen, zoals de consumptie van pimba, schadelijk zijn (15,19, 22).

Betrokkenheid van de gemeenschap en partners bij de gezondheid van moeders is onvoldoende en ondersteuning van zwangere/postnatale vrouwen binnen het gezin en de gemeenschap moet versterkt worden. Betrokkenheid van de gemeenschap in de planning, voorlichting en het pleiten voor verbetering van de zorg is onvoldoende (12,15,19). Huiselijk geweld werd gemeld door 3% van de zwangere vrouwen (19).

Factoren die bijdragen aan een slechte gezondheid van moeders

- **Onvoldoende kwaliteit van de zorg in gezondheidszorginstellingen**, met name gerelateerd aan de kwaliteit van de zorg die door het personeel geboden wordt.
- **Geen nationaal postnataal zorgprogramma**
 - Frequentie en normen zijn niet gedefinieerd
 - Vroeg ontslag uit het ziekenhuis
 - Alleen postnatale thuisbezoeken voor bevallingen in gezondheidscentra van RGD en MZ.
- **Financiële toegankelijkheid**
 - Onvoldoende ziektekostenverzekering dekking van zwangere vrouwen
 - De dekking verschilt per verzekeraar tgv onvoldoende standaardisatie van de zorg
 - Niet alle essentiële diensten worden gedekt door de ziektekosten verzekeraars wbt obstetrische zorg, anticonceptie en reproductieve gezondheidszorgprogramma's voor adolescenten
 - Het ontbreken van bepaalde essentiële geneesmiddelen op de nationale geneesmiddelenlijst
 - Kosten van transport
 - Onverwachte kosten.
- **Geografische toegankelijkheid**
 - Afgelegen gebieden
 - Openbaar Vervoer
- **Acceptatie van gezondheidszorg**
 - Lange wachttijden en niet-aangepaste openingstijden
 - Onvriendelijke houding van sommige gezondheidswerkers
 - Culturele barrières.
- **Verwijzing en terugverwijzing** tussen gezondheidscentra en ziekenhuizen laten te wensen over.
- **Gebrek aan geboortespreading** en onvoldoende dekking van de behoefte aan moderne anticonceptie.
- **Tienerzwangerschappen**, onvoldoende dekking van de behoefte aan moderne anticonceptie en onvoldoende reproductieve gezondheidszorgprogramma's voor adolescenten.
- **Risicofactoren van bloedarmoede, obesitas, diabetes en hypertensie**
- **Onvoldoende bewustzijn en gezond gedrag** tijdens preconceptie, zwangerschap en periode na de geboorte.
- **Onvoldoende betrokkenheid en participatie van de gemeenschap en mannen**
 - Onvoldoende gemeenschapsmobilisatie, met betrekking van oa invloedrijke personen
 - Gebrek aan gelokaliseerde plannings/overlegplatforms om maternale gezondheid en zorg te bevorderen
 - Huiselijk geweld.
- **Traditionele gebruiken/culturele normen** (bijv. consumptie van pimba).

II. Case-studies (18) Zoals hierboven vermeld, komt het merendeel van moedersterftes voor onder de armere bevolkingsgroepen. Hoewel de meeste moedersterftegevallen te wijten zijn aan onvoldoende zorg in een gezondheidsinstelling, speelde het onvermogen om zorg te zoeken en te krijgen een belangrijke rol bij het overlijden van vrouwen (6). Enkele van deze sterfgevallen worden hieronder geïllustreerd:

Case 1

Een zwangere vrouw met een geschiedenis van epilepsie had geen medische verzekering. De vrouw ging met epileptische aanvallen naar het ziekenhuis en stierf kort daarna. Ze ging niet voor prenatale controle en gebruikte haar epilepsie medicatie niet. Uit een gesprek met haar familie bleek dat ze de avond ervoor van huis vertrokken was, mogelijk alcohol gedronken had en heel laat thuisgekomen was. Haar familie zette haar onder druk om prenatale zorg te zoeken, maar ze deed dit niet. Ze woonde in een hele kleine kamer met haar grootvader, op een erf waar meerdere gezinnen bij elkaar wonen in een arme buurt. De grootvader vertelde dat ze mogelijk niet gekozen had voor prenatale zorg omdat ze geen medische verzekering had en zelf financieel niet in staat was om voor de zorg te betalen.

Case 2

Een zwangere vrouw die geen vast woonadres had in Paramaribo, was verzekerd door de staat, maar ging niet naar prenatale zorg omdat ze niet kon betalen voor vervoer naar de zorginstellingen. Ze ging naar het ziekenhuis met ernstige diarree en werd doorverwezen naar de huisarts. De vrouw volgde dit advies niet op en meldde zich een week later aan in het ziekenhuis met ernstige buikpijn. Ze was drie dagen daarvoor vroegtijdig thuis bevallen en haar baby was wegens onvoldragenheid opgenomen. Ze werd dezelfde dag geopereerd, maar stierf de volgende dag. De grootmoeder van de patiënt vertelde dat haar dochter niet meer bij haar familie inwoonde en meerdere partners en plekken had waar ze verbleef. Ze ging ook niet meer naar school. Ze was financieel niet in staat om voor zichzelf en haar zwangerschap te zorgen.

Case 3

Een vrouw met een zwangerschap van 7 maanden, uit een familie met een lage inkomensstatus, had een medische verzekeringskaart via de baan van haar partner. Vanwege financiële problemen binnen de verzekeringsmaatschappij werd deze verzekeringskaart echter niet geaccepteerd bij zorginstellingen. Ze ging met klachten van hoge bloeddruk naar haar huisarts. De huisarts verwees haar naar een ziekenhuis en schreef medicijnen voor. Om financiële redenen heeft de vrouw dit advies niet opgevolgd en ze werd 3 weken later met stuip trekkingen naar het ziekenhuis gebracht. De vrouw stierf dezelfde dag.

III. Aanbevelingen om de gezondheid van moeders te verbeteren en het leven van vrouwen te redden-

(1, 2, 6,12,13,14, 15, 22, 23, 24, 25, 26)

Hoewel er reeds enkele inspanningen zijn van diverse belanghebbenden om de gezondheid van moeders te verbeteren en moedersterfte te verminderen, moet er nog veel gedaan worden.

Multi-sectorale actie en verantwoording zijn van cruciaal belang om universele toegang tot verloskundige zorg voor alle vrouwen te waarborgen om zodoende moedersterfte terug te dringen. Hierbij is de focus op kwetsbare groepen van groot belang. Deelname van alle sectoren en op alle niveaus is essentieel (2,3 4). Verbetering van de kwaliteit van zorg en invoering van kwalitatieve postnatale zorg zijn momenteel de belangrijkste aandachtspunten (6).

Iedereen heeft een rol te vervullen om moedersterfte te verminderen:

Parlement:

- Voorstellen doen voor en toezicht houden op de uitvoering van multi-sectorale interventies om de gezondheid van moeders te verbeteren en moedersterfte te verminderen
- Verbeteren van ziektekostenverzekering dekking voor zwangere vrouwen, inclusief een volledig verloskundig pakket.

Ministerie van Volksgezondheid:

- Versterken van de opsporing van moedersterfte en analyse van de oorzaken die bijgedragen hebben aan het (bijna) overlijden van vrouwen, formuleren van aanbevelingen om dit te voorkomen, en deze aanbevelingen nauwgezet opvolgen (deze benaderingen worden *maternal death surveillance, review and response (MDSR)* en *maternal near-miss approach*, genoemd)
- Verplichte obductie van elke sterfte van vrouwen in de vruchtbare leeftijd
- Verplicht stellen van de aanmelding van zwangerschapperelateerde sterfte
- Coördinatie van multi-sectorale planning en monitoring, zorgdragen voor de focus op kwetsbare groepen en streven naar gelijke toegang tot de zorg
- Instellen van een stuurgroep voor maternale gezondheid en sterftevermindering
- Ontwikkelen van een nationale strategie om ervoor te zorgen dat maternale gezondheidszorg van goede kwaliteit beschikbaar, toegankelijk en acceptabel is voor iedere moeder die dit nodig heeft.
- Standarisatie van de maternale zorg door ontwikkeling van een nationaal diensten pakket maternale gezondheids zorg (eerste, tweede en derde lijn) en versterking van ontwikkeling van nationale richtlijnen voor obstetrische zorg.
- Alle aanbevolen geneesmiddelen voor moederzorg opnemen in de nationale lijst van essentiële geneesmiddelen.
- Verbeteren van de ziektekostenverzekering dekking van zwangere vrouwen/moeders, inclusief een volledig verloskundig pakket volgens een nationaal diensten pakket maternale zorg.
- Beleidsmaatregelen en regelgevingskaders herzien en/of ontwikkelen om ervoor te zorgen dat de gezondheid van moeders effectief wordt aangepakt.
- Verbeteren van de kwaliteit van de zorg door middel van de ontwikkeling van kwaliteitsnormen voor de verloskundige zorg, het ontwikkelen van prenatale, postnatale en klinische richtlijnen, ontwikkelen van regelgevingskader om de kwaliteit van de geleverde zorg te monitoren, alsmede het instellen van een zorgkwaliteitswerkgroep.
- Versterking van interventies die de meest voorkomende doodsoorzaken aanpakken.
- Ontwikkelen van een nationaal opleidingsprogramma voor alle verloskundige zorgverleners in de eerste en de tweede lijn (huisartsen, verloskundigen, GZA's, zaal artsen en gynecaologen) , inclusief in de preventie en behandeling van verloskundige spoedsituaties. De training van gecertificeerde nationale trainers (per gezondheidsinstelling) zal gegarandeerd moeten worden.
- Versterken van gezondheidsbevordering, inclusief preventie van bloedarmoede, diabetes, obesitas en hypertensie.
- Invoeren van de routine verzameling van gegevens omtrent maternale en perinatale gezondheid door ondersteuning van de introductie van het perinataal gezondheidsinformatiesysteem.

Ministerie van Financiën: toewijzing van voldoende middelen om een effectieve financiering van de maternale gezondheidszorg te garanderen.

Ministerie van Regionale Ontwikkeling: versterking van maatschappelijke/gemeenschapsbetrokkenheid en participatie.

Ministerie van Sociale Zaken: versterking van de ondersteuning van de sociaal-economische zwakkeren tijdens zwangerschap en de postnatale periode onder geïdentificeerde bevolkingsgroepen met hoge maternale sterftelijfers en morbiditeit.

Ministerie van Onderwijs en Ministerie van Sport en Jeugdzaken: versterking van sociale weerbaarheid programma's voor adolescenten om tienerzwangerschappen te voorkomen.

Stichting Staatsziekenfonds, SURVAM verzekeraars, Assuria, Self Reliance en Parsasco

- Zorgdragen voor tijdige ziektekostenverzekering voor alle zwangere vrouwen
- Dekking door all ziektekostenverzekeraars van essentiële geneesmiddelen (op basis van de nationale lijst van essentiële geneesmiddelen welke regelmatig wordt geupdate aan de hand van nationale richtlijnen voor obstetrische zorg)
- Dekking door alle ziektekostenverzekeraars van alle diensten opgenomen in een nationaal pakket maternale gezondheidzorg (inclusief gezondheidsbevorderende interventies en postnatale thuisbezoeken)
- Dekking door alle ziektekostenverzekeraars van aanbevolen diensten door een nationaal standaard pakket voor anticonceptie en reproductieve gezondheidszorgprogramma's voor adolescenten.

Beroepsverenigingen (vereniging voor gynaecologie, verloskundigen en VMS/privé huisartsen)

- Ondersteuning van planning en coördinatie van interventies ter bevordering van de gezondheid van moeders en vermindering van maternale sterfte
- Ondersteuning van nationale richtlijnen voor verloskundige zorg
- Ondersteuning van pre- en in-service training van zorgverleners
- Ontwikkelen regelgevingskader voor regelmatige bijscholing van gynaecologen, artsen en verloskundigen.

MAMS-Commissie

- Officiële installatie van de MAMS-commissie
- Na audits op het niveau van de gezondheidszorginstelling, een nationale audit van alle moedersterftes
- Systematisch aanbevelingen doen en deze delen na analyse van moedersterftes.

Zorgverleners (ziekenhuizen, RGD, MZ, privé huisartsen)

- Verbeteren van de kwaliteit van zorg door de implementatie van de volgende interventies:
 - Regelmatige bijscholing van personeel in verloskundige zorg
 - Implementatie van op bewijsgebaseerde richtlijnen
 - Bevorderen van een respectvolle verloskundige zorg
 - Regelmatige evaluatie en systematische monitoring van de kwaliteit van de zorg
 - Versterking van de monitoring van patiënten, inclusief de implementatie van de vroege waarschuwingsscore (SEOW) en de aanwezigheid van minimaal een medium-care unit in elk ziekenhuis
 - Versterking van multi-disciplinair overleg
 - Verbetering van de beschikbaarheid van medische benodigdheden en apparatuur, inclusief onderhoud.
- Implementeren van adequate verwijzings- en terugverwijzingsmechanismen tussen ziekenhuizen en gezondheidscentra. Communicatie tussen de eerste en tweede lijn verbeteren om adequaat zorg te kunnen bieden wederzijds.
- Institutionaliseren van surveillance, analyse en response bij moedersterfte (MDSR) en introductie van de maternal near-miss approach.
- Versterking van preconceptiezorg, verbetering van de toegang tot gezinsplanning en promotie van geboortespreiding (voldoende tijd tussen twee zwangerschappen)
- Verbetering van de kwaliteit van een gestandaardiseerde prenatale zorg
- Implementeren van een gestandaardiseerde postnatale zorg

- Landelijk implementeren van prenatale en postnatale groepszorg (<https://perisur.org/>)
- Aanbieden van gratis jeugdriendelijke diensten gerelateerd aan seksuele en reproductieve gezondheid
- Verschaffen van voldoende gezondheidsinformatie.
- Versterking van eerste lijn verloskundige zorg, gezondheids promotie en betrokkenheid van de gemeenschap:
 - beschikbaarheid en bereikbaarheid van diensten voor adequate basis verloskundige zorg op alle RGD en MZ gezondheidscentra, en versterking van de kwaliteit van de antenatale en postnatale zorg door privé huisartsen
 - Versterken van de capaciteit m.b.t. de vraag naar normale bevallingen bij RGD-gezondheidscentra, waarbij voldoende beschikbaarheid van verloskundige zorgverleners gewaarborgd wordt
 - Bevordering van de betrokkenheid van gemeenschappen en partners in de bevordering van anticonceptie, reproductieve gezondheid van adolescenten en de gezondheid van moeders, inclusief traditionale praktijken welke schadelijk zijn (bv eten van pimba door zwangere vrouwen)
 - Versterking van promotie en voorlichting op het gebied van anticonceptie en voorkomen tienerzwangerschappen, met een focus onder meest relevante bevolkingsgroepen
 - Uitvoeren van vroege postnatale thuisbezoeken bij alle bevallingen
 - Versterken van de beschikbaarheid van gezondheidspersoneel om het verloskundeprogramma te coördineren
 - Tijdige verwijzing door gezondheidscentra en privé huisartsen
 - Regelmatige bijscholing van huisartsen in pre- en postnatale zorg
 - Regelmatige monitoring beschikbaarheid en kwaliteit van de zorg eerste lijn, inclusief huisartsen.

Onderwijsinstellingen (verloskunde school, training van obstetrische en gynecologie verpleegkundigen (COVAB), medische faculteit):

- Voldoende spoedeisende verloskundige zorg en nieuwe ontwikkelingen integreren in het curriculum
- Versterken van de verloskundige opleiding om meer verloskundigen te kunnen opleiden voor de instellingen (welke zelf ook kandidaten moeten aanbieden).

Universiteit:

- Meer training in acute verloskundige zorg opnemen in de opleiding van artsen
- Onderzoek verrichten op het gebied van de gezondheid van moeders. Onderzoeksmogelijkheden vanuit de medische faculteit en NGO's (oaStichting Lobi, Stichting Perisur) stimuleren.

Werkgevers en Particuliere Sector: creëren van moeder-vriendelijke werkomgevingen en fondsen beschikbaar stellen voor het maternale gezondheidszorg programma.

Donoren: financiële ondersteuning van het nationaal plan voor moedergezondheid en moedersterfte vermindering.

VN-organisaties: technische en financiële ondersteuning voor de bevordering van moedergezondheid en moedersterfte vermindering.

Gemeenschaps/maatschappelijke organisaties (gemeenschapsgebaseerde organisaties, NGO's, geloof-gebaseerde organisaties en overige organisaties):

- Betrekken in gelokaliseerde planning ter verbetering van maternale gezondheid, gemeenschapsmobilisatie en pleiten voor de kwaliteit van de zorg
- Betrekken van achtergestelde groepen bij de planning.

Partners en families: vrouwen ondersteunen in veilig moederschap en bevordering van geboortespreiding.

Referenties

1. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
2. Global Strategy for Women, Children and Adolescents health, 2016-2030 (Every Woman Every Child Initiative, 2015)
3. Targets and Strategies for Ending Preventable Maternal Mortality (WHO, 2014)
4. The regional Strategy for Women, Children and Adolescents Health, 2018-2030 (PAHO, 2018)
5. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division estimates (2019)
6. Kodan LR, Verschueren KJC, van Roosmalen J, Kanhai HHH, Bloemenkamp KWM. Maternal mortality audit in Suriname between 2010 and 2014, a reproductive age mortality survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Aug;17(1):275.
7. Verschueren KJ, Prust Z, Paidin R, Kodan L, Bhika-kori G, Bloemenkamp K, et al. Perinatal health outcomes and ethnic disparities in Suriname: a nationwide retrospective study in a middle-income country.
8. Prust Z, Verschueren KJ, Bhika-kori G, Bloemenkamp K, Browne J, Rijken M. Stillbirths in middle-income country Suriname: a nationwide cohort study and a plan of action. To be Submitted December 2019.
9. Pingray V, Althabe F, Vazquez P, Correa M, Pajuelo M, Belizán JM. Stillbirth rates in 20 countries of Latin America: an ecological study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(10):1263–70.
10. Pan American Health Organization / World Health Organization. Communicable Diseases and Health Analysis / Health Information and Analysis. Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2017.
11. Kodan LR, Verschueren KJC, Kanhai HHH, Roosmalen JMM, Bloemenkamp KWM RM. The golden hour of sepsis : An in-depth analysis of sepsis-related maternal mortality in middle-income country Suriname. *PLoS One* [Internet]. 2018;27(7):1–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29990331>
12. National Safe motherhood and newborn health action plan, MOH, Suriname (2013-2016)
13. Evaluation of safe motherhood and neonatal health plan of action (2013-2016), 2017; MOH Suriname
14. MOH/BOG-FCHU P. Policy and Management needs Assessment for Safe Motherhood. Intern Doc available upon Req. 2018;
15. MOH/BOG-FCHU. 1) Maternal and Newborn Community Health Workshop and 2) MNH SWOT analyses. Not Publ Intern Doc. Available upon request.
16. Holband. Perinatale data 2017 - 's Lands Hospitaal. Local data, not Publ. 2017;
17. Peuscher R. The decision-making Process in referral of risk pregnancies in the interior of Suriname, Barriers and experiences. Not Publ Intern Doc Available upon request. 2018;
18. Kodan L, Paidin R, Paidin R, Verschueren KJ, Rijken M, Browne J, et al. Preliminary data on maternal deaths in Suriname from 2015 - 2019. Data not Complet August 2019.
19. Terborg J. De gezondheid van Moeder en Kind in de maternale periode in 5 gemeenschappen in Suriname. MOH, 2013;
20. UNICEF, Statistics GB of. Suriname Multiple Indicator Cluster Survey 2018-2019, Maternal & Newborn Health. 2019;
21. Verschueren KJ, Paidin R, Paidin R, Kodan L, Rijken M, Browne J, et al. Interim analysis: severe maternal morbidity in Suriname (2017-2018). Not Publ Interim Anal Publ Expect 202
22. Lambert V, Boukhari R, Nacher M, Goullé JP, Roudier E, Elguindi W, et al. Plasma and urinary aluminum concentrations in severely anemic geophagous pregnant women in the Bas Maroni Region of French Guiana: A case-control study. *Am J Trop Med Hyg*. 2010;83(5):1100–5.
23. Kodan L, Olmtak L, Tjon Kon Fat R, Mohan S, Waldring K, Gajadien I, et al. Committee Maternal Mortality Suriname - Recommendations 2018. Not Publ Intern Doc Available upon request.
24. Browne J, Bloemenkamp K, Kodan L, Verschueren K, Paidin R, Paidin R. Suriname - National Congress on Obstetrics (2nd). Not Publ Intern Doc .Available upon request.
25. Verschueren KJC, Kodan LR, Brinkman TK, Paidin RR, Henar SS, Kanhai HHH, et al. Bottom-up development of national obstetric guidelines in middle-income country Suriname. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2019;1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4377-6>
26. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>