



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

The maternity ward as mirror

Maternal death, biobureaucracy, and institutional care in the Tanzanian health sector

Strong, A.E.

[Link to publication](#)

License

Other

Citation for published version (APA):

Strong, A. E. (2017). *The maternity ward as mirror: Maternal death, biobureaucracy, and institutional care in the Tanzanian health sector.*

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Summary

The Maternity Ward as Mirror: Maternal Death, Biobureaucracy, and Institutional Care in the Tanzanian Healthcare Sector

Public health research on the causes of maternal mortality in sub-Saharan Africa, the site of half of all such deaths globally, points to the combined effects of poverty, lack of education, gaps in infrastructure, poor communication, and inadequate healthcare staff training. Current global recommendations for reducing maternal deaths focus on ensuring women give birth with biomedical supervision. Despite these recommendations, women in Tanzania still have a 1 in 45 lifetime risk of dying due to pregnancy related causes. As policies have shifted over the last 30 years, anthropological research has problematized global health recommendations for reducing maternal deaths, emphasizing the perspectives of women, local healers, and their interactions with biomedicine. As a distinct but complementary approach, to explore another component of the complex contributors to maternal death, my research turns the lens onto biomedical healthcare institutions, their providers and social environments. This research rebuts the global assumption that if only a woman could overcome community barriers to care, in order to reach a health facility, she would be able to receive the life-saving help she needs in times of obstetric emergency. This public health and policy assumption elides the vital contributions, strategies and subjectivities of another group- the healthcare providers and administrators responsible for this care, often “functionally invisible” in health systems research in sub-Saharan Africa (Wendland 2010:22), a trend which has only recently begun to change. My research found, instead, that institutional and social dynamics of the maternity ward, the hospital generally, and the overall health care system still too frequently cause additional delays and complications once a woman has arrived. These institutional attributes often exacerbate the effects of well-known barriers to the use of biomedical care (e.g. lack of education or poor infrastructure) and contribute to the

deterioration of a woman's condition and her subsequent death within biomedical health facilities in ways that transcend clinical practice.

Located at the nexus of history, policy, social relations, and biomedicine, this research uses the death of pregnant women as a lens for examining structures and continuities within the health bureaucracies of Tanzania. In doing so, the project sheds light on concepts of governance, risk, uncertainty, gendered work in the nursing profession, and the ways in which healthcare providers, administrators, patients, and communities cope with, and make meaning within, bureaucratically constrained and low-resource settings when pregnant women die. Key themes include accountability, responsibility, routinization of care and structures preventing change, narratives of death, and what it means to be a "good" nurse or healthcare institution, as well as coping with risk, uncertainty, and death. The analysis demonstrates the ways in which the very structures and policies meant to help women receive high quality care often acted to pervert those very goals, leading to health crises and deaths.

This dissertation is based on a total of 23 months of mixed-method, ethnographic research in the Rukwa region of Tanzania, which has one of the highest maternal mortality rates in the country. Healthcare providers, administrators, and women in health facilities and communities form the core of the project. I spent over 1600 hours on the regional hospital maternity ward and conducted in-depth interviews, surveys, and group discussions with nearly 500 participants in eleven communities. I also conducted primary source archival research in the Tanzania National Archives and elicited oral histories. The historical data emphasize the *longue durée* of debates related to maternal health stretching back at least 100 years in Tanzania-i.e. women in the medical professions and concepts of the ideal midwife; the ideal location of birth

for optimum control and surveillance, either institutions or the home; and the role of biomedicine and its institutions in state goals and society.

The dissertation presents a new perspective on an old problem, moving forward the ways in which we study maternal death. I use critical medical anthropological and feminist perspectives to analyze the events which I witnessed and the broader structures affecting maternal health in Tanzania. I draw on concepts about the nature of care and extend them to an analysis of the ways in which healthcare administrators and the healthcare system writ large fail to care not only for pregnant women, but for the nurses and physicians meant to provide the clinical care to these women. In this analysis, care appears on various scales—failure of the state to care for citizens in communities, clinical aspects of biomedical care, institutional care for employees, and community care for pregnant women.

The dissertation begins with an ethnographic anecdote in which the reader is drawn into the chaotic feeling of the maternity ward with its attendant uncertainty, violence, improvisation, and institutional norms. Part I includes an introduction to the topic and bodies of literature on which this work is built (chapter 1), as well as a description of the methods I used (chapter 2). Part II examines the global construction of the problem of maternal mortality with brief background on the complexity of maternal death as a clinical and social problem. It also reviews the specific efforts of Tanzania to address maternal mortality, covering the construction of the pregnant body as in need of oversight and the historical development of discourse around pregnancy and maternity care in Tanzania from the colonial period to the present day (chapter 3). I demonstrate how historical trends are later echoed in national policy shifts away from training traditional birth attendants to strongly, even coercively, encouraging women to give birth in biomedical facilities. Drawing on community-level data, I discuss the structures women faced in

their daily lives that may have predisposed them to life-threatening obstetric emergencies, such as access to education and decision making in the family. I analyze the ways in which local, gendered logics influence reproduction and healthcare-seeking in ways that sometimes conflict with global, WHO-driven logics of risk and rational choice (chapter 4).

Part III of the dissertation is based on data collected at the regional hospital and is centered on the difficult work environment in which maternity care providers find themselves (chapter 5). They face a uniquely complex ward characterized by the unpredictability of labor and birth, as well as staffing deficits, low pay, and insufficient supplies and physical infrastructure (chapter 6). Motivation in the workplace became a central theme for the research participants. Their different positionalities within the hospital afforded different actors varied access to information on the ways in which the health system operated, thereby informing how they interpreted what it means to be a motivated worker in an under-resourced environment. In addition to examining issues of motivation and what it means to “be called” to midwifery, I deconstruct a protracted conflict over nursing uniforms to analyze gendered norms within biomedicine, what it means to be a “good” nurse, and the ways in which maternity nurses often failed to perform this role due to the very nature of maternity care (chapter 7). This conflict epitomized the hospital’s resolute refusal to acknowledge the singular nonconformity of maternity care in their setting and more broadly.

Using cases of stillbirth, I analyze systems of accountability and ethics within the hospital setting when care went wrong (chapter 8). I highlight the role of bureaucratic health sector procedures in limiting administrators’ ability to discipline staff members, which they told me reduced accountability but increased administrators’ and providers’ ethical struggles when seeking to protect their patients and come to terms with their roles in the deaths of women and

babies. I then end Part III with an examination of maternal death audit meetings, which are meant to prevent future deaths by examining gaps in care (chapter 9). Instead, I argue these meetings became more of a performance of process, giving the appearance of efficacy while not including viable interventions or follow-up actions. Providers often constructed a narrative in which the women who died came from remote areas “already dead,” shifting blame to forces outside the facility.

The dissertation demonstrates the ways in which biomedical institutions characterized by a level of scarcity that permeates all aspects of the healthcare system are frequently unable to break routines or implement new initiatives to improve maternal healthcare. Situated in a global and national health complex that emphasizes data collection, healthcare providers find themselves constrained by an “accounting culture,” as opposed to working in a “caring culture,” like the vision presented to them during their education and training. Nurses, in particular, also desired to be part of a “caring culture” on the institutional level in which administrators demonstrated their care for and appreciation of nurses, particularly when nurses were putting their own bodily and professional integrity on the line in the course of caring for pregnant women during emergencies. Nurses provided the vast majority of the care to pregnant women but had access to the least amount of power within the hospital hierarchy— their efforts often were undervalued and overlooked. This institutional lack of care contributed to the continued production of nursing care that gave the appearance of lacking motivation and compassion.

The scarcity with which nurses and doctors struggled everyday produced an expectation that ideal care is nearly impossible to provide. This environment led to reduced expectations that providers and hospital administrators can solve clinical or systemic problems, constrained as they are by a system that—currently and historically—makes it so difficult to do so. Acting within a

complex of demands for data collection and metrics-and in a system so characterized by scarcity- improvisation and the justification of deviation from guidelines became facts of everyday life. Providers shifted their efforts from providing care to accounting for deviations from ideal care. Good outcomes often happened by chance and could not be replicated. The dissertation contributes to the anthropology of maternal death from a novel perspective, but also has significant potential to inform policy making and maternal health advocacy efforts.

Samenvatting

De Kraamafdeling als Spiegel: Moedersterfte, Biobureaucratie en Institutionele Zorg in de Tanzaniaanse Gezondheidszorg

Public health onderzoek naar de oorzaken van moedersterfte in Afrika ten zuiden van de Sahara, de plek waar de helft van dit soort sterfgevallen wereldwijd plaatsvindt, wijst uit dat er gecombineerde effecten zijn van armoede, gebrek aan opleiding, hiaten in de infrastructuur, gebrekkige communicatie en ontoereikende scholing van zorgpersoneel. Huidige wereldwijde aanbevelingen om moedersterfte terug te dringen focussen op het zorg dragen voor biomedisch toezicht tijdens de bevalling. Ondanks deze aanbevelingen hebben vrouwen in Tanzania nog steeds een kans van 1 op 45 om tijdens hun leven te sterven aan zwangerschapsgerelateerde oorzaken. Terwijl in de afgelopen 30 jaar vele beleidsveranderingen hebben plaatsgevonden, heeft antropologisch onderzoek de aanbevelingen door de wereldgezondheidszorg om moedersterfte terug te dringen geproblematiseerd door de perspectieven van vrouwen, lokale genezers en hun interacties met de westerse geneeskunde (*biomedicine*) te benadrukken. Mijn onderzoek heeft een andere maar complementaire benadering door een andere component van de complexe veroorzakers van moedersterfte te verkennen, en richt zich op de biomedische zorginstellingen, aanbieders hiervan en de sociale omgeving. Dit onderzoek weerlegt de wereldwijde aanname dat alleen als een vrouw in staat is om belemmeringen in haar lokale gemeenschap en de samenleving die het bereiken van een zorginstelling verhinderen, te overwinnen, zij in staat is om de levensreddende hulp te ontvangen die zij nodig heeft bij een verloskundig noodgeval. Deze aannames in public health en beleid negeren de essentiële bijdragen, benaderingen en subjectiviteiten van een andere groep – de zorgaanbieders en -bestuurders verantwoordelijk voor deze zorg, vaak “functioneel onzichtbaar” in onderzoek naar zorgsystemen in Afrika ten zuiden van de Sahara (Wendland 2010:22), een trend die pas recent

is begonnen te veranderen. Mijn onderzoek liet juist zien dat institutionele en sociale dynamieken van de kraamafdeling, het ziekenhuis en zorgsysteem in het algemeen nog steeds te vaak verdere vertragingen en complicaties veroorzaken op het moment dat een vrouw arriveert in de zorginstelling. Deze institutionele aspecten verergeren vaak de effecten van de bekende belemmeringen tot het gebruik van biomedische zorg (bijvoorbeeld gebrek aan opleiding of gebrekkige infrastructuur) en dragen bij aan de verslechtering van de toestand van een vrouw en haar daaropvolgende dood in biomedische zorginstellingen, op manieren die de klinische praktijk overstijgen.

Dit onderzoek bevindt zich op het snijvlak van geschiedenis, beleid, sociale relaties en westerse geneeskunde (*biomedicine*) en gebruikt de sterfte van zwangere vrouwen als een lens voor het bestuderen van structuren en patronen binnen de zorgbureaucratieën in Tanzania. Hiermee biedt het project inzicht in concepten van bestuur, risico, onzekerheid, *gendered* werk in het zorgberoep, en de manieren waarop zorgaanbieders, bestuurders, patiënten, en gemeenschappen omgaan met, en betekenis vinden in een omgeving beheerst door bureaucratie en beperkte middelen wanneer vrouwen sterven. Kernthema's zijn verantwoording, verantwoordelijkheid, routinematigheid van zorg en structuren die verandering verhinderen, narratieven van overlijden, en wat het betekent om een "goede" verpleegkundige of zorginstelling te zijn, en daarnaast het omgaan met risico, onzekerheid en de dood. De analyse toont de manieren waarop de structuren en beleidsvormen die bedoeld zijn om ervoor te zorgen dat vrouwen een hoge kwaliteit van zorg ontvangen, het bereiken van deze doelen vaak juist bleken te verhinderen, hetgeen leidde tot gezondheids crises en sterfgevallen.

Deze dissertatie is gebaseerd op in totaal 23 maanden *mixed-method*, etnografisch onderzoek in de Rukwa regio van Tanzania, die één van de hoogste moedersterftecijfers van het

land heeft. Zorgaanbieders, bestuurders, en vrouwen in zorginstellingen en gemeenschappen vormen de kern van het project. Ik bracht meer dan 1600 uren door op de kraamafdeling van het regioziekenhuis en hield diepte-interviews, nam vragenlijsten af, en organiseerde groepsdiscussies met bijna 500 deelnemers in elf gemeenschappen. Ook deed ik archiefonderzoek naar primaire bronnen in het nationaal archief van Tanzania (Tanzania National Archives) en hield *oral history* interviews. De historische data onderstreept de *longue durée* van debatten gerelateerd aan moedersterfte, die al minstens 100 jaar in Tanzania gaande zijn – bijvoorbeeld over vrouwen in medische beroepen en ideeën over de ideale vroedvrouw; de ideale locatie voor een bevalling voor optimale controle en toezicht, ofwel instellingen of thuis; en de rol van de westerse geneeskunde (*biomedicine*) en zijn instituten in overheids- en maatschappelijke doelen.

De dissertatie biedt een nieuw perspectief op een oud probleem, en brengt de manieren waarop we moedersterfte bestuderen een stap verder. Ik gebruik kritische medisch antropologische en feministische perspectieven om de gebeurtenissen te analyseren die ik aanschouwde en de bredere structuren die moedersterfte in Tanzania beïnvloeden. Ik gebruik concepten over de aard van de zorg en breidt deze uit naar een analyse van de manieren waarop zorgbestuurders en het zorgsysteem zichtbaar falen om te zorgen, niet alleen voor zwangere vrouwen, maar ook voor het verzorgend personeel en dokters die de klinische zorg voor deze vrouwen moeten bieden. In deze analyse verschijnt zorg op verschillende schaalgroottes – het falen van de overheid om voor burgers in gemeenschappen te zorgen, klinische aspecten van biomedische zorg, institutionele zorg voor werknemers, en gemeenschapszorg voor zwangere vrouwen.

De dissertatie begint met een etnografische anekdote, waarmee de lezer in de chaotische sfeer van de kraamafdeling wordt getrokken met zijn onzekerheid, geweld, improvisatie, en institutionele normen. Deel I bevat een introductie van het onderwerp en een overzicht van de literatuur waarop dit werk voortbouwt (hoofdstuk 1) en een beschrijving van de methoden die ik gebruik heb (hoofdstuk 2). Deel II onderzoekt de wereldwijde constructie van het moedersterfteprobleem en schetst kort de achtergrond van de complexiteit van moedersterfte als een klinisch en sociaal probleem. Eveneens wordt een overzicht gegeven van de specifieke pogingen van Tanzania om met het moedersterfteprobleem om te gaan, waaronder de constructie van het zwangere lichaam als iets dat toezicht nodig heeft en de historische ontwikkeling van het discours rondom zwangerschap en kraamzorg in Tanzania vanaf de koloniale periode tot en met het heden (hoofdstuk 3). Ik laat zien hoe historische trends later geëchood worden in nationaal beleid dat wegbeweegt van het opleiden van traditionele kraamhulpen naar het dringend, of zelfs dwingend, stimuleren van vrouwen om te bevallen in biomedische instellingen. Gebruikmakend van data op gemeenschapsniveau bespreek ik de structuren waarop vrouwen in hun dagelijks leven stuiten en die hen mogelijk in levensbedreigende verloskundige noodsituaties gebracht hebben, zoals toegang tot onderwijs en de manier waarop beslissingen worden gemaakt in familieverband. Ik analyseer de wijzen waarop lokale, *gendered* logica reproductieve gezondheid en het ondernemen van actie gericht op het verkrijgen van behandeling beïnvloeden op manieren die vaak conflicteren met wereldwijde, WHO-gedreven logica van risico en rationele keuzes (hoofdstuk 4).

Deel III van de dissertatie is gebaseerd op data verzameld in het regionale ziekenhuis en concentreert zich op de ingewikkelde werkomgeving waarin aanbieders van kraamzorg zichzelf bevinden (hoofdstuk 5). Zij hebben te maken met een unieke, complexe afdeling die gekenmerkt

wordt door zowel de onvoorspelbaarheid van bevalling en geboorte als personeelstekort, lage lonen en een gebrek aan middelen en fysieke infrastructuur (hoofdstuk 6). Motivatie op het werk werd een centraal thema voor de onderzoeksdeelnemers. Hun verschillende positionaliteiten binnen het ziekenhuis gaven verschillende actoren op verschillende wijzen toegang tot informatie over de manieren waarop het zorgsysteem werkte, wat hun interpretatie beïnvloedde van wat het betekent om een gemotiveerde werknemer te zijn in een omgeving met beperkte middelen. Naast het onderzoeken van motivatiegerelateerde onderwerpen en wat het betekent om een “roeping” te hebben tot vroedvrouw, deconstrueer ik een langdurig conflict over verpleegkundige uniformen om te analyseren welke *gendered* normen er binnen de biogeneeskunde zijn, wat het betekent om een “goede” verpleegkundige te zijn, en de manieren waarop het verloskundigen vaak niet lukte om deze rol aan te nemen, juist door de aard van de verloskunde zelf (hoofdstuk 7). Dit conflict typeerde de resolute weigering van het ziekenhuis om de opmerkelijke non-conformiteit van de verloskunde in deze setting en daarbuiten te erkennen.

Gebruikmakend van gevallen van doodgeboorte analyseer ik systemen van verantwoording en ethiek binnen de ziekenhuisomgeving wanneer de zorg faalde (hoofdstuk 8). Ik laat zien welke rol bureaucratische procedures in de zorgsector spelen bij het beperken van het vermogen van bestuurders om medewerkers te disciplineren, iets wat, zoals zij mij vertelden, in minder verantwoording resulteerde maar de ethische worstelingen van bestuurders en aanbieders vergrootte bij hun pogingen hun patiënten te beschermen en hun rol in het sterven van vrouwen en baby's te accepteren. Ik eindig Deel III met een studie van audit vergaderingen over moedersterfte, die bedoeld zijn om toekomstige sterfgevallen te voorkomen door lacunes in de zorg te onderzoeken (hoofdstuk 9). In plaats daarvan beargumenteer ik dat deze vergaderingen

eerder een schijnvertoning waren die de indruk van effectiviteit gaven, maar geen haalbare interventies of vervolgcacties bevatten. Aanbieders construeerden vaak een narratief waarin vrouwen die stierven “al dood” van verafgelegen gebieden kwamen, waarmee zij de schuld verplaatsten naar factoren buiten de instelling.

Deze dissertatie laat zien op welke manieren biomedische instituten, gekenmerkt door schaarste die doordringt in alle aspecten van het zorgsysteem, vaak niet in staat zijn om routines te doorbreken of nieuwe initiatieven te implementeren om de kraamzorg te verbeteren.

Zorgaanbieders, die zich bevinden in een wereldwijd en nationaal zorgcomplex dat gegevensverzameling benadrukt, worden beheerst door een “verantwoordingscultuur”, in plaats van dat zij werken in een “zorgcultuur”, zoals de visie die hen gepresenteerd wordt tijdens hun opleiding. Vooral verpleegkundigen wensen ook deel uit te maken van een “zorgcultuur” op het institutionele niveau waarin bestuurders hun zorg en waardering voor verpleegkundigen tonen, in het bijzonder wanneer verpleegkundigen hun eigen lichamelijke en professionele integriteit op het spel zetten bij het zorgen voor zwangere vrouwen in noodsituaties. Verpleegkundigen boden het grootste deel van de zorg aan zwangere vrouwen maar hadden het minst toegang tot macht binnen de hiërarchie van het ziekenhuis – hun inspanningen bleven vaak ondergewaardeerd en onopgemerkt. Dit institutionele gebrek aan zorg droeg bij aan de voortdurende productie van verpleegzorg waarbij motivatie en compassie leken te ontbreken. De beperkte middelen waarmee verpleegkundigen en dokters dag in dag uit mee te maken hadden, zorgde voor de verwachting dat ideale zorg vrijwel onmogelijk te geven is. Deze omgeving leidde ertoe dat de verwachtingen dat aanbieders en ziekenhuisbestuurders klinische en systemische problemen kunnen oplossen, laag waren, beperkt als zij zijn door een systeem dat – op dit moment en historisch gezien – het hen moeilijk maakt om dit te doen. Handelen binnen een complex van eisen voor

gegevensverzameling en indicatoren – en in een systeem dat zo sterk gekenmerkt wordt door schaarste – werden improvisatie en het rechtvaardigen van het afwijken van de richtlijnen onontkoombaar. Aanbieders verschoven hun inspanningen van het bieden van zorg naar het verantwoorden van afwijken van ideale zorg. Goede uitkomsten kwamen vaak per toeval tot stand en konden niet worden gerepliceerd. De dissertatie draagt bij aan de antropologie van moedersterfte vanuit een nieuw perspectief, maar ook kan het een belangrijke bijdrage leveren aan het werk van beleidsmakers en voorvechters van de gezondheid van moeders.