Burnout bij verloskundigen

drs. R.H.C. Bakker, mw. dr. A.J.E. de Veer, prof. dr. P.P. Groenewegen

Uit eerder NIVEL-onderzoek is gebleken dat verloskundigen lange werkweken hebben[1]. Ter vermindering van de werkdruk is enkele malen de normpraktijk voor verloskundigen verlaagd. Onlangs is het officiële startsein gegeven voor het kwaliteitsprogramma van de NOV, waarin gestreefd wordt naar een verhoging van het aantal thuisbevallingen en een verlaging van de werkdruk. Een hoge werkdruk kan leiden tot chronische stress, in de gezondheidspsychologie aangeduid met de term burnout. Tot op heden is er nauwelijks iets bekend over burnout bij verloskundigen. In dit artikel zullen aspecten die van invloed zijn op burnout bij in Nederland werkzame verloskundigen nader in kaart worden gebracht.

Burnout

Burnout wordt gekenmerkt door gevoelens van emotionele uitputting, een cynische en negatieve houding ten opzichte van cliënten (aangeduid met depersonalisatie), en gevoelens van verminderde persoonlijke bekwaamheid.[2] Aan burnout gaat een proces vooraf dat begint met de emotionele belasting die voortvloeit uit problematische contacten met bijvoorbeeld veeleisende cliënten. De spanning die daarbij ontstaat kan door allerlei factoren - zoals een gebrekkige ondersteuning door collega's - worden versterkt. Als deze spanningen te hoog oplopen kan men emotioneel uitgeput raken. De eerste fase van het burnoutproces is dan een feit.

correspondentie:
A. de Veer
NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
030-2319946

Samenvatting

Doel Vaststellen welke invloed de belasting van het werk heeft op gevoelens van burnout, rekening houdend met de belastbaarheid van de verloskundige.

Achtergrond Een continue hoge werkdruk kan leiden tot het gevoel opgebrand te zijn, ofwel burnout. Dat zal vooral het geval zijn bij personen met een lage belastbaarheid. Inzicht in wat belastende factoren zijn kan handvatten bieden ter verlaging van de werkdruk.

Methoden De onderzoeksgroep bestaat uit een gestratificeerde steekproef van vrijgevestigde verloskundigen (n=200) en uit de populatie van klinisch werkende verloskundigen (n=116). Zij vulden een vragenlijst in. Burnout werd gemeten met de Maslach Burnout Inventory.

Resultaten Tegen de verwachting in voelden vrijgevestigde verloskundige zich meer persoonlijk bekwaam naarmate ze een langere werkweek hadden. Vrijgevestigde verloskundigen die relatief veel thuisbevallingen begeleiden hebben minder last van emotionele uitputting en depersonalisatie. Vooral vrijgevestigde verloskundigen met een passieve *copingstijl* worden beinvloed door het percentage thuisbevallingen.

Naarmate klinisch werkzame verloskundigen meer uren per week werken ervaren ze meer emotionele uitputting. Leidinggevenden ervaren meer depersonalisatie. Er zijn geen aanwijzingen dat vooral klinisch werkzame verloskundigen met een lage belastbaarheid gevoelig zijn voor de effecten van een hoge belasting.

Voor beide groepen verloskundigen geldt dat sociale steun en een actieve copingstijl de kans op burnout verminderen.

Conclusie Over het algemeen is geen ondersteuning gevonden voor de hypothese dat vooral verloskundigen met een lage belastbaarheid gevoelig zijn voor een hogere werkdruk. Sociale steun en een actieve copingstijl zijn direct van invloed op burnout.

De beste manier om emotionele (over)belasting tegen te gaan, is het ontwikkelen van een houding van afstandelijke betrokkenheid.[3] Kenmerkend voor een goede zorgverlening is het vinden van de juiste balans tussen betrokken zijn bij de cliënt en afstand nemen van de problemen van de cliënt. Wanneer deze balans doorslaat naar het afstand nemen kan dit leiden tot een koude, cynische, negatieve en harde houding ten opzichte van de cliënt, ook wel depersonalisatie genoemd. Het behoeft geen betoog dat een hoge mate van depersonalisatie de zorg niet ten goede komt. Wanneer door het nemen van te veel afstand succesvolle behandelingen uitblijven, zal de zorgverlener aan de eigen capaciteiten gaan twijfelen. De derde en laatste fase in het burnoutproces wordt daarom verminderde persoonlijke bekwaamheid genoemd. Men voelt zich niet meer in staat het werk naar behoren te verrichten. In dat geval is het burnoutsyndroom compleet. Men is burned out, opgebrand.

Belasting en belastbaarheid

Zoals gezegd begint het burnoutproces met emotionele belasting. In ieder hulpverlenend beroep is een zekere mate van emotionele belasting onvermijdelijk. Het beroep van verloskundige is hierop geen uitzondering. Verloskundigen hebben dagelijks te maken met een voor hun cliënten zeer emotionele gebeurtenis. Emotionele belasting hoeft niet automatisch tot uitingen van werkstress, zoals burnout, te leiden.[4] Het is namelijk afhankelijk van de individuele belastbaarheid. Met andere woorden: de mate waarin emotionele belasting leidt tot werkstress is afhankelijk van de mate waarin men in staat is met deze spanningen om te gaan. De belastbaarheid is voor ieder individu verschillend. De één kan nu eenmaal meer verdragen dan de ander. Hierdoor is het zeer wel denkbaar dat twee verloskundigen die onder dezelfde omstandigheden werken, in verschillende mate burnout ervaren.
Algemeen gesteld verwachten we dat verloskundigen meer burnout zullen ervaren naarmate de belasting van hun werk hoger is, tenzij ze over een hoge mate van belastbaarheid beschikken.

Vraagstelling

In het onderzoek is eerst nagegaan hoe de mate van burnout binnen de beroepsgroep van verloskundigen is als we die vergelijken met andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg. In theorie is het gevaar van burnout in elk zorgverlenend beroep aanwezig. Wanneer de gemiddelde burnoutscores van verloskundigen afwijken van de beoefenaars van andere beroepen in de gezondheidszorg, betekent dit dat er mogelijk specifiek aan het beroep verbonden aspecten op burnout van invloed zijn. De eerste vraagstelling luidt dan ook:

1 In hoeverre verschillen de gemiddelde burnoutscores van verloskundigen van die van andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg?
Vervolgens gaan we na welke werkomstandigheden kunnen bijdragen tot burnoutklachten. Daarbij maken we een onderscheid tussen verloskundigen in de eerste lijn en klinisch werkende verloskundigen omdat zij onder verschillende omstandigheden werken. De groep eerstelijnsverloskundigen bestaat uit verloskundigen die, zoals de term al zegt, in de eerste lijn werken en meestal vrijgevestigd zijn (verder aangeduid met vrijgevestigde verloskundigen). De groep klinisch werkzame verloskundigen bestaat in principe uit alle in Nederland werkzame verloskundigen die niet in een eerstelijnspraktijk werken. De term klinisch slaat op het feit dat deze groep over het algemeen in ziekenhuizen werkzaam is.

De vraagstellingen 2 en 3 luiden:

2 Welke invloed heeft de belasting van het werk op burnout bij vrijgevestigde verloskundigen, als rekening wordt gehouden met de belastbaarheid?
3 Welke invloed heeft de belasting van het werk op burnout bij klinisch werkzame verloskundigen, als rekening wordt

Kenmerkend voor een goede zorgverlening is het vinden van de juiste balans tussen betrokken zijn bij de cliënt en afstand nemen van de problemen van de cliënt

gehouden met de belastbaarheid? Met de beantwoording van deze vraagstellingen wordt inzicht verkregen in aspecten die het burnoutproces bij verloskundigen beïnvloeden. De aspecten van belasting en belastbaarheid kunnen bij vrijgevestigde verloskundigen een andere rol spelen dan bij klinisch werkzame verloskundigen. Het is daarom interessant eventuele verschillen tussen beide groepen nader te bekijken.

De vierde vraagstelling is:

4 In hoeverre verschillen vrijgevestigde verloskundigen van klinisch werkzame verloskundigen op aspecten van belasting en belastbaarheid?

Aspecten van belasting

In de literatuur wordt een aantal werkomstandigheden genoemd die van invloed (kunnen) zijn op de ervaren werkbelasting en die relevant zijn voor verloskundigen:

- **Werkdruk**[5] Een grote werkdruk, uitgedrukt in het aantal uren dat men per week werkt, kan leiden tot een grote emotionele belasting (en dit is de eerste aanzet tot het ontstaan van burnout).
- **Percentage thuisbevallingen** Van der Hulst[6] stelt dat thuisbevallingen enerzijds inspannender zijn dan poliklinische bevallingen, maar anderzijds ook meer bevrediging geven. Dit betekent dat een hoog percentage thuisbevallingen de belasting verhoogt (inspannender), maar ook de belastbaarheid (meer bevrediging). Door een hogere bevrediging van het werk wordt het immers makkelijker met de verhoogde belasting om te gaan. Dit aspect is uiteraard alleen op de vrijgevestigde verloskundigen van toepassing.
- **Percentage cliëntgebonden zorg** Voor klinisch werkzame verloskundigen is het van belang welk percentage van hun werkzaamheden bestaat uit het geven van cliëntgebonden zorg. Burnout ontstaat volgens de theorie door contacten met cliënten. Wanneer men een hoog percentage van de werkzaamheden aan cliëntgebonden zorg besteedt, wordt de emotionele belasting hoger dan wanneer een groot deel van de werkzaamheden bestaat uit bijvoorbeeld beleidstaken.
- **Autonomie** Schaufeli[3] noemt een gebrek aan autonomie als één van de oorzaken van burnout. De mate van autonomie speelt vooral een rol bij klinisch werkende verloskundigen. Ook hier geldt dat deze relatie twee gezichten kan hebben. Enerzijds kenmerkt een leidinggevende functie zich door een grote mate van autonomie in het werk. Aan de andere kant hebben leidinggevenden een grotere verantwoordelijkheid. Men kan veronderstellen dat deze grotere verantwoordelijkheid tot meer emotionele belasting leidt.

Aspecten van belastbaarheid

De invloed van werkbelasting op burnout zal, zo is de verwachting, afhankelijk zijn van de belastbaarheid van het individu. Gekeken wordt naar de rol van:

- **Sociale steun**[7] Emotionele spanningen kunnen verminderen als er anderen zijn waarmee je over je problemen kunt praten of om hulp kunt vragen als dat nodig is. We verwachten derhalve dat verloskundigen die een hoge mate van sociale steun ervaren ook een hoge belastbaarheid hebben.
- **Coping ofwel de manier waarop men met problemen omgaat** Er zijn grofweg twee manieren om met problemen om te gaan, een actieve en een passieve manier.[8] In problematische situaties richten mensen met een actieve copingstijl hun handelingen op het onder controle krijgen van de situatie. Mensen met een passieve copingstijl zijn meer geneigd de kat uit de boom te kijken of de situatie te ontlopen. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een meer passieve copingstijl vaker burnout ervaren dan mensen met een meer actieve copingstijl.[3, 9, 10]
- **Werkervaring** Naarmate men meer werkervaring heeft, is de kans kleiner dat men problematische contacten met cliënten heeft die men nog nooit eerder heeft meegemaakt. Dit betekent dat men meer ervaring heeft

met h
kans c
• Om
(over)
rijke
afspra
ling v
ten w
staan
beter
is bet
verlos
werkt

Met

Popul
De d
twee
zoek
gen v
vrijge
datas
alle 1
die in
regist
VEL.
een e
gebo
belan
probl
Verlo
voere

Varia
De d
met
besta
score
en d
schaa
merk
De u
losku
de vr
seerd
werk
de g

met het omgaan met deze situaties, wat de kans op burnout zou verminderen.

• **Omvang van de werkkring** In geval van (over)belasting kunnen collega's een belangrijke rol vervullen. Er kunnen bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden over een verdeling van het werk. Het is denkbaar dat cliënten waarmee problematische contacten bestaan overgedragen worden aan collega's die beter tegen de situatie zijn opgewassen. Dit is beter realiseerbaar als het aantal collega-verloskundigen met wie men dagelijks werkt groter is.

Methode

Populatie

De data voor dit artikel zijn afkomstig uit twee onderzoeken. Het eerste is het onderzoek onder 200 vrijgevestigde verloskundigen van Jabaaij e.a. naar de werkdruk van vrijgevestigde verloskundigen.[1] De tweede dataset is afkomstig uit een enquête onder alle 186 niet-vrijgevestigde verloskundigen die in Nederland werkzaam zijn volgens de registratie van verloskundigen van het NIVEL.[11] 124 verloskundigen retourneerden een enquêteformulier, van wie er 116 cliëntgebonden zorg verrichtten. Dit criterium is belangrijk omdat burnout het gevolg is van problematische contacten met cliënten. Verloskundigen die alleen beleidsfuncties uitvoeren, vallen daarom buiten dit onderzoek.

Variabelen

De drie aspecten van *burnout* zijn gemeten met de Maslach Burnout Inventory.[12] Deze bestaat in totaal uit 22 uitspraken. Een hoge score op de schalen emotionele uitputting en depersonalisatie en een lage score op de schaal persoonlijke bekwaamheid zijn kenmerken van burnout.

De *werkweek* is het aantal uren dat een verloskundige gemiddeld per week werkt. Voor de vrijgevestigde verloskundigen is dit gebaseerd op een tijdregistratie. De klinisch werkzame verloskundigen is gevraagd naar de gemiddelde werkweek. Hierbij is het aantal uren opgeteld dat men gemiddeld per week overwerkt, tenzij deze in de vorm van vrije tijd worden gecompenseerd.

Het *percentage thuisbevallingen* berust op een schatting die de vrijgevestigde verloskundigen zelf maakten. Het *percentage cliëntgebonden zorg* verleend door klinisch werkzame verloskundigen bestaat uit de optelling van de gerapporteerde percentages van de totale werktijd die men besteedt aan cliëntgebonden zorg. Dat wil zeggen: prenatale zorg (inclusief echoscopie), natale zorg en postnatale zorg.

Als indicatie voor de mate van *autonomie* van een klinisch werkzame verloskundige is gevraagd of men een leidinggevende functie heeft.

De mate waarin *sociale steun* wordt ervaren is vastgesteld met behulp van een deel van de gevalideerde Vragenlijst Organisatiestress Doetinchem.[13] Door 18 vragen te beantwoorden konden de respondenten aangeven in hoeverre ze waardering krijgen of een beroep kunnen doen op collega's, familie, cliënten/patiënten of andere voor de respondent belangrijke personen. Een hoge score op de schaal komt overeen met een hoge mate van ervaren sociale steun.

De *copingstijl* is bepaald met een verkorte versie van de Utrechtse Coping Lijst (15 vragen).[14] Hoe hoger men op deze schaal scoort des te passiever is de manier van coping. Een lage score komt overeen met een meer actieve copingstijl.

De variabele *werkervaring* bestaat uit het aantal jaren dat de respondent het beroep van verloskundige uitoefent.

Het *aantal collega's* van vrijgevestigde verloskundigen is het aantal verloskundigen waarmee men een praktijk voert. Aan klinisch werkzame verloskundigen is gevraagd met hoeveel verloskundigen ze binnen hun instelling samenwerken.

Analyse

In de eerste vraagstelling vergelijken we de burnoutscores van verloskundigen met andere beroepsgroepen. Dat is alleen goed

mogelijk als de scores representatief zijn voor alle Nederlandse verloskundigen. Dat is bij de vrijgevestigde groep niet het geval omdat daar een gestratificeerde steekproef was getrokken naar praktijkvorm en urbanisatiegraad. Ten behoeve van de beantwoording van de eerste vraag zijn de scores van deze groep zo gewogen dat ze representatief zijn voor alle vrijgevestigde verloskundigen. Verschillen tussen de beroepsgroepen op de drie burnoutdimensies worden op significantie getoetst met een t-toets.
Voor de beantwoording van vraagstellingen twee en drie zal voor iedere fase in het burnoutproces een multiple regressie-analyse uitgevoerd worden. Met deze methode is het mogelijk de samenhang tussen een variabele (bijvoorbeeld belastbaarheid) en de burnoutdimensies vast te stellen, rekening houdend met de invloed van andere variabelen (zoals het al of niet klinisch werkzaam zijn). Gezien de hypothese verwachten we bij een hogere score op belastbaarheid geen verschil tussen de burnoutscores van verloskundigen die in meer of mindere mate belast zijn. Voor hen werkt de belastbaarheid als een soort buffer. Voor verloskundigen met een lagere belastbaarheid verwachten we wel dat de burnoutscores hoger zullen zijn naarmate de belasting hoger is. Als de gegevens overeenstemmen met deze verwachting zijn de zogenaamde interactietermen uit de regressie-analyse statistisch significant.
Verschillen tussen vrijgevestigde en klinisch werkzame verloskundigen op de aspecten van belasting en belastbaarheid (vraagstelling 4) worden met een t-test getoetst.
Bij alle toetsen is een onzekerheidsmarge van vijf procent aangehouden.

Burnout bij verloskundigen

Vrijgevestigde verloskundigen zijn significant meer emotioneel uitgeput en voelen zich minder bekwaam in hun handelen dan klinisch werkende verloskundigen (tabel 1). Wat betreft depersonalisatie is er geen statistisch significant verschil tussen beide groepen verloskundigen.
Vergelijken we de mate van emotionele uitputting van verloskundigen met de huisartsen en verpleegkundigen dan verschillen vrijgevestigden niet van huisartsen en klinisch werkenden niet van verpleegkundigen. Kijkend naar de twee andere, meer ernstige indicatoren van burnout dan scoren beide groepen verloskundigen significant gunstiger dan huisartsen en verpleegkundigen. Zij ervaren minder depersonalisatie en een sterkere persoonlijke bekwaamheid.

Resultaten

Vrijgevestigde verloskundigen zijn significant meer emotioneel uitgeput en voelen zich minder bekwaam in hun handelen dan klinisch werkende verloskundigen

Tabel 1
Gemiddelde burnoutscores van vrijgevestigde verloskundigen, klinisch werkzame verloskundigen, huisartsen[10] en verpleegkundigen[15]

	vrijgevestigde verloskundigen (n=200) (gewogen)		klinisch werkzame verloskundigen (n=116)		huisartsen (n=540) (gewogen)		verpleegkundigen (n=1337)	
	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.	gem.	st.dev.
emotionele uitputting	19.9	8.2	16.9	7.2	20.1	7.5	16.2	7.5
depersonalisatie	6.4	3.7	5.9	3.5	9.4	3.8	6.9	3.8
persoonlijke bekwaamheid	33.4	4.1	34.3	3.7	30.4	3.8	31.0	4.4

Tabel 2

Relatie tussen belasting, belastbaarheid en burnout bij vrijgevestigde verloskundigen (n=200).

	emotionele uitputting	depersonalisatie	persoonlijke bekwaamheid
belasting:			
werkweek			+
percentage thuisbevallingen	– 1		
belastbaarheid:			
aantal jaren werkzaam			
ervaren sociale steun	–	–	+
passieve copingstijl	+	+	
aantal collega's			
interacties:			
% thuisbevallingen x Copingstijl		–	
% thuisbevallingen x Aantal collega's			+
Verklaarde variantie (adjusted R2)	.13	.14	.13

1 significante beta's ($p < 0,05$). Alleen de significante interactietermen zijn weergegeven.
Een '+' wil zeggen: hoe hoger de score op de determinant, hoe hoger de score op het aspect van burnout.
Een '–' wil zeggen: hoe hoger de score op de determinant, hoe lager de score op het aspect van burnout.

Determinanten van burnout bij vrijgevestigde verloskundigen

De twee indicatoren van werkbelasting hangen samen met gevoelens van burnout (tabel 2). Echter, tegen de verwachting in is het gevoel van persoonlijke bekwaamheid hoger naarmate men meer uren per week werkt. Vrijgevestigde verloskundigen die relatief veel thuisbevallingen doen hebben minder last van emotionele uitputting en depersonalisatie.

Enkele aspecten van belastbaarheid hebben een rechtstreeks verband met burnout: hoe meer sociale steun een verloskundige ervaart en hoe actiever haar copingstijl, des te geringer zijn de burnoutgevoelens. Onze verwachting was echter dat een lange werkweek en een hoog percentage thuisbevallingen vooral bij verloskundigen met een lage belastbaarheid zouden leiden tot burnout. Als deze verwachting klopt zouden de interactietermen significant zijn. Significante interactietermen zijn echter alleen gevonden bij het percentage thuisbevallingen: copingstijl speelt een rol in de relatie tussen percentage thuisbevallingen en depersonalisatie en aantal collega's speelt een rol in de relatie tussen percentage thuisbevallingen en persoonlijke bekwaamheid (tabel 2). Uit een nadere analyse blijkt dat een vrijgevestigde verloskundige met een passieve copingstijl significant meer kans heeft op gevoelens van depersonalisatie als ze weinig thuisbevallingen doet (dat wil in deze analyse zeggen minder dan 60% thuisbevallingen). Uit nader onderzoek naar de betekenis van de interactie tussen het aantal thuisbevallingen en het aantal collega's wordt geen significant effect gevonden van percentage thuisbevallingen op gevoelens van persoonlijke bekwaamheid bij vrijgevestigde verloskundigen met weinig collega's. Dit komt door het geringere vermogen van de gebruikte statistische toets om verschillen te ontdekken, in combinatie met de relatief zwakke verschillen die er zijn. Daarom dient men terughoudend te zijn bij een nadere interpretatie van deze significante interactieterm.

Tabel 3
Relatie tussen belasting, belastbaarheid en burnout bij klinisch werkzame verloskundigen (n=116).

	emotionele uitputting	depersonalisatie	persoonlijke bekwaamheid
belasting:			
werkweek	+[1]		
percentage cliëntgebonden zorg			
leidinggevend		+	
belastbaarheid:			
aantal jaren werkzaam			
ervaren sociale steun	–	–	+
passieve copingstijl	+	+	–
aantal collega's			
interacties:			
werkweek x copingstijl	–		
werkweek x aantal collega's		–	
leidinggevend x copingstijl			+
Verklaarde variantie (adjusted R^2)	.18	.25	.23

[1] significante beta's ($p < 0,05$). Alleen de significante interactietermen zijn weergegeven.
Een '+' wil zeggen: hoe hoger de score op de determinant, hoe hoger de score op het aspect van burnout.
Een '–' wil zeggen: hoe hoger de score op de determinant, hoe lager de score op het aspect van burnout.

Determinanten van burnout bij klinisch werkende verloskundigen

Twee aspecten van belasting hangen direct samen met één van de fasen in het burnoutproces (tabel 3). Naarmate klinisch werkzame verloskundigen meer uren per week werken, ervaren ze meer emotionele uitputting. Daarnaast blijkt dat klinisch werkzame verloskundigen met een leidinggevende functie meer depersonalisatie ervaren dan niet-leidinggevenden.

Van de aspecten van belastbaarheid blijken, net als bij de vrijgevestigde verloskundigen, alleen de ervaren sociale steun en de copingstijl een direct effect op burnout te hebben. Zoals verwacht hangt een hogere mate van ervaren sociale steun en een minder passieve copingstijl samen met een lagere mate van emotionele uitputting en depersonalisatie en een hogere mate van persoonlijke bekwaamheid.

Drie interactietermen hebben een significant verband met de burnoutfasen. Bij nader onderzoek naar de betekenis van deze interactietermen blijken twee interactietermen ('werkweek x aantal collega's' en 'leidinggevend x copingstijl') geen significante resultaten op te leveren. Daarom laten we deze termen buiten beschouwing. De interactieterm 'werkweek x copingstijl' kan als volgt geïnterpreteerd worden. Klinisch werkzame verloskundigen met een meer passieve copingstijl ervaren een gelijke mate van emotionele uitputting, ongeacht de duur van hun werkweek. Alleen de klinisch werkzame verloskundigen met een actieve copingstijl worden beïnvloed door de lengte van de werkweek. Als zij langer werken (d.w.z. tenminste 32 uur per week) dan voelen zij zich meer emotioneel uigeput. Deze bevinding komt niet overeen met onze eerder geformuleerde verwachting dat vooral verloskundigen met een passieve copingstijl gevoelig zouden zijn voor de lengte van de werkweek.

Belasting en belastbaarheid

Vrijgevestigde verloskundigen werken gemiddeld significant meer uren per week dan klinisch werkzame verloskundigen. Voor de aspecten van belastbaarheid zijn twee significante verschillen gevonden. Klinisch werkzame verloskundigen zijn gemiddeld langer als verloskundige werkzaam dan verloskundigen uit de vrijgevestigde praktijk. Ook hebben klinisch werkzame verloskundigen gemiddeld een meer actieve copingstijl dan vrijgevestigde verloskundigen.

Discussie

In vergelijking tot huisartsen en verpleegkundigen blijkt dat verloskundigen in mindere mate burnout ervaren. Verloskundigen hebben gemiddeld de laagste mate van depersonalisatie en het hoogste gevoel van persoonlijke bekwaamheid. De verklaring voor dit resultaat ligt mogelijk in het feit dat de verloskunde een beperkt gebied van de gezondheidszorg bestrijkt. Hierdoor is het denkbaar dat verloskundigen, in tegenstelling tot huisartsen en verpleegkundigen, beroepen die een veel breder scala van de gezondheidszorg bestrijken, sneller expertise opbouwen in hun vakgebied. De kans op het beleven van problematische situaties waar men nog nooit eerder mee te maken had is hierdoor kleiner. Aangezien het verwerken van problematische contacten met cliënten de oorzaak van burnout is, lijkt de kans op burnout voor verloskundigen kleiner. Daarnaast kan ook het 'healthy worker'-effect een rol spelen. Hiermee wordt bedoeld dat mensen die minder bestand zijn tegen de belasting van het werk, niet in de steekproef zitten, omdat zij niet meer werkzaam zijn.

Wat betreft emotionele uitputting zijn vrijgevestigde verloskundigen vergelijkbaar met huisartsen en klinisch werkzame verloskundigen met verpleegkundigen. Klinisch werkzame verloskundigen vertonen minder verschijnselen van burnout dan vrijgevestigde verloskundigen. Het feit dat vrijgevestigde verloskundigen een hogere mate van emotionele uitputting hebben dan klinisch werkzame verloskundigen kan te maken hebben met de aard van de werkzaamheden. Een vrijgevestigde verloskundige heeft veel bevallingsdiensten naast de officieel gewerkte uren[1] en is verantwoordelijk voor de praktijkvoering. In dit opzicht heeft zij veel gemeen met een huisarts.

Vrijgevestigde verloskundigen werken gemiddeld significant meer uren per week dan klinisch werkzame verloskundigen

Tabel 4
Gemiddelde scores van vrijgevestigde verloskundigen (n=200) en klinisch werkzame verloskundigen (n=116) op de variabelen van belasting en belastbaarheid

	vrijgevestigde verloskundigen	klinisch werkzame verloskundigen	significant verschil?
belasting:			
werkweek (uren per week)	41,5	32,3	ja[1]
percentage thuisbevallingen	59,9	–	–
percentage cliëntgebonden zorg	–	82,8	–
leidinggevende functie (aantal)	–	26	–
belastbaarheid:			
aantal jaren werkzaam	11,9	16,1	ja
ervaren sociale steun	58,2	59,3	nee
copingstijl passief	30,9	26,0	ja
aantal collega's	2,7	7,8	nee

[1] verschillen getoetst met t-test, significant als $p < 0,05$

In vergelijking tot huisartsen en verpleegkundigen blijkt dat verloskundigen in mindere mate burnout ervaren

Bij de vrijgevestigde verloskundigen bleken degenen die langere werkweken hadden meer persoonlijke bekwaamheid te voelen. Dit is een onverwachte uitkomst aangezien we veronderstelden dat de belasting toeneemt naarmate men meer uren werkt. Wellicht is het zo dat als vrijgevestigde verloskundigen meer tijd aan hun werkzaamheden besteden zij meer vertrouwen in eigen kunnen krijgen.

Naarmate vrijgevestigde verloskundigen meer thuisbevallingen doen zijn de mate van emotionele uitputting en depersonalisatie lager. Vooral de verloskundige met een meer passieve copingstijl is gevoelig voor het aantal thuisbevallingen. Als zij veel poliklinische bevallingen doet, heeft zij een verhoogd risico op gevoelens van depersonalisatie. Mogelijk reageert zij op de medisch-technische omgeving van het ziekenhuis door een meer afstandelijke houding aan te nemen. Verloskundigen met een actieve copingstijl laten zich wellicht minder door de ziekenhuisomgeving bepalen.

Voor klinisch werkzame verloskundigen bleek een langere werkweek tot meer emotionele uitputting te leiden. Dit geldt vooral voor klinisch werkzame verloskundigen met een actieve copingstijl. Dit resultaat is omgekeerd aan het veronderstelde verband. We verwachtten immers geen verschil bij een hoge belastbaarheid (actieve coping) en wel verschil bij een lage belastbaarheid (passieve copingstijl). Een mogelijke verklaring is dat verloskundigen met een passieve copingstijl een vrij hoge mate van emotionele uitputting ervaren en zij hebben dit ongeacht de lengte van hun werkweek. De groep klinisch werkende verloskundigen met een actieve copingstijl voelt zich als groep minder uitgeput maar deze gevoelens variëren wel tussen verloskundigen afhankelijk van de lengte van de werkweek.

Klinisch werkzame verloskundigen met een leidinggevende functie vertonen meer depersonalisatie dan degenen zonder leidinggevende functie. De verminderde betrokkenheid van leidinggevenden bij hun cliënten kan duiden op een meer afstandelijke houding die de functie met zich meebrengt. De directe invloed van sociale steun en copingstijl op burnout benadrukt de importantie van sociale steun en een actieve copingstijl bij de omgang met werkstress. Sociale steun en een actieve copingstijl blijken zeer belangrijke aspecten te zijn in het verwerken van emotionele spanning waarmee burnout bestreden kan worden. We willen er daarom ook voor pleiten dat tijdens hun opleiding verloskundigen geleerd wordt dat emotionele spanningen een onderdeel van de beroepsuitoefening vormen, dat kan leiden tot burnout. En dat dit voorkomen kan worden door problematische contacten met cliënten te bespreken met anderen en door problemen niet uit de weg te gaan. Dit zou in patiëntenbesprekingen tijdens de opleiding - naast de verloskundige aspecten - expliciet op de agenda kunnen staan. ■

Als de verloskundige veel poliklinische bevallingen doet, heeft zij een verhoogd risico op gevoelens van depersonalisatie

Literatuur

1 Jabaaij L, Winckers M, Hingstman L, et al. De vrijgevestigde verloskundige in Nederland: Werk en werkdruk. NIVEL, Utrecht 1994
2 Maslach C, & Jackson SE. 1986 The Maslach Burnout Inventory. Manual (2nd ed.). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, C.A.
3 Schaufeli WB. Opgebrand. Achtergronden van werkstress bij contactuele beroepen: het burnout syndroom. AD. Donker, Rotterdam 1990
4 Dijk FJH van, Dormolen M van, Kompier MAJ, et al. Herwaardering model belasting-belastbaarheid. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1990;1:3-10
5 Jonge J de, Boumans N, Landeweerd A, Nijhuis F. De relatie tussen werk en werkbeleving. Tijdschrift voor Verpleegkundigen 1995;105:212-216
6 Hulst L van der. 1993 Attitude-onderzoek onder verloskundigen. Universiteit van Utrecht, Utrecht
7 Boyle A, Grap MJ, Younger J, et al. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. Journal of advanced nursing 1991;16:850-857
8 Monat A, Lazarus RS. Stress and coping. Columbia University Press, New York 1977
9 Leiter MP. The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: a longitudinal study. Human Relations 1990;11:1067-1083
10 Dierendonck D van, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand; een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. NIVEL, Utrecht 1992
11 Hingstman L & Harmsen J. Registratie verloskundigen peiling 1994. NIVEL, Utrecht 1994.
12 Schaufeli WB & Dierendonck D van. Burnout een begrip gemeten. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). Gedrag en gezondheid 1994;4:153-172
13 Bergers GPA, Marcelissen FGH, De Wolff ChJ. Vos-D Vragenlijst Organisatiestress-D. Handleiding. Stressgroep publikatie 36, Nijmegen 1986
14 Schreurs PJG, Van de Willige G, Tellegen B, et al. De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Swets & Zeitlinger, Lisse 1988
15 Dierendonck D van, Schaufeli W. Burnout en organisatiebetrokkenheid bij leerling-verpleegkundigen; de rol van billijkheid, sociale steun en probleemhantering. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 1993;6:339-344