



Arteveldehogeschool

Katholiek Hoger Onderwijs Gent

Bachelor in de Vroedkunde

Campus Kantienberg

Voetweg 66, BE-9000 Gent

DE JOBTEVREDENHEID VAN DE VROEDVROUW

De jobtevredenheid van de vroedvrouw werkzaam in het midwifery led care zorgmodel versus het medisch zorgmodel.

Externe promotor: Mw. Hanne Baele

Interne promotor: Mw. Accou Sophie

Academiejaar: 2018-2019

Bachelorproef voorgedragen door:

Noa Mottard

Tot het bekomen van de graad van

Bachelor in de Vroedkunde

Abstract

De jobtevredenheid van de vroedvrouw werkzaam in het midwifery led care zorgmodel versus het medisch zorgmodel.	
Promotiejaar:	2019
Student:	Noa Mottard
Externe promotor:	Mw. Hanne Baele
Interne promotor:	Mw. Accou Sophie
Trefwoorden:	Jobtevredenheid, midwifery led care, medisch zorgmodel
<p>De job tevredenheid die de vroedvrouw ervaart op haar werk is een centraal element in de vroedvrouw haar carrière. Dit eindwerk gaat over het verschil in jobtevredenheid die vroedvrouwen kunnen ervaren in Le Cocon, een zorgmodel volgens "midwifery led care" en binnen het verloskwartier volgens een medisch zorgmodel. Burnout, continuïteit van de zorg, het beroepsprofiel en andere factoren spelen een rol in dit verhaal. Daarom wordt er verder ingegaan op die elementen om ze in relatie te kunnen brengen met beide zorgmodellen en de jobtevredenheid. Het doel is om een beter beeld te creëren over wat belangrijk is om de jobtevredenheid van de vroedvrouwen te optimaliseren en eventuele verbeterpunten aan te kaarten.</p>	

Inhoudsopgave

ABSTRACT	2
INHOUDSOPGAVE.....	3
WOORD VOORAF.....	9
INLEIDING	10
1 VERLOSKUNDIGE ZORGMODELLEN	11
1.1 MIDWIFERY LED CARE.....	11
1.1.1 DEFINITIE EN EIGENSCHAPPEN	11
1.1.2 INSTELLINGEN	11
1.1.3 SOORTEN	11
1.1.3.1 One to one midwifery	11
1.1.3.2 Team midwifery	12
1.2 MEDISCH ZORGMODEL.....	12
1.2.1 DEFINITIE EN EIGENSCHAPPEN.....	12
1.2.2 RELATIE ARTS – VROEDVROUW	13
2 BEROEPSPROFIEL VAN DE VROEDVROUW.....	14
2.1 BELGISCHE WETGEVING.....	15
2.2 EUROPESE RICHTLIJNEN.....	15
2.3 BIJSCHOLINGEN.....	15
3 OPLEIDING VROEDKUNDE	17
4 JOBTEVREDENHEID VAN DE VROEDVROUW.....	19
4.1 WETGEVING.....	19
4.2 BETEKENIS	19
4.3 BELANGRIJKE ELEMENTEN	19
4.4 INVLOED OP DE INTENTIE OM HUN JOB TE VERLATEN	20
4.5 UITDAGINGEN	21
5 BURN-OUT BIJ DE VROEDVROUW.....	22
5.1 DEFINITIE	22
5.2 EIGENSCHAPPEN.....	22
5.2.1 THE COMMUNITY VS HET ZIEKENHUIS	22
5.3 MEETINSTRUMENTEN	22
5.3.1 MBI	22

5.3.2	SOCIODEMOGRAFISCHE FACTOREN	23
5.3.2.1	Het aantal jaren in het werkveld.....	23
5.3.2.2	Shiften	23
5.3.2.3	Zorgen voor patiënten met verschillende psychosociale problemen.....	23
5.3.2.4	Fysieke activiteit.....	24
5.3.3	SAQ.....	24
5.3.3.1	Teamwork	24
5.3.3.2	Jobtevredenheid	24
5.3.3.3	Perceptions of management.....	24
5.3.3.4	Werkcondities	24
5.4	HOE KUNNEN WE HET VOORKOMEN	25
6	<u>CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG.....</u>	26
6.1	DEFINITIE EN EIGENSCHAPPEN.....	26
6.2	POSITIEVE EFFECTEN VOOR DE VROEDVROUW	27
6.2.1	RELATIE MET DE PATIËNT.....	27
6.2.2	RELATIE MET HET TEAM	27
7	<u>PRAKTIJKDEEL.....</u>	28
7.1	INTRODUCTIE	28
7.2	LE COCON.....	28
7.3	METHODE	28
7.4	RESULTATEN	29
7.4.1	DEMOGRAFISCHE GEGEVENS.....	29
7.4.2	STELLINGEN	33
7.5	BEPERKINGEN AAN HET ONDERZOEK.....	45
7.6	CONCLUSIE	46
	<u>ALGEMEEN BESLUIT.....</u>	47
	<u>LITERATUURLIJST.....</u>	48
	<u>BIJLAGENLIJST</u>	50
	BIJLAGE A: VRAGENLIJST EN INFORMED CONSENT FR	51
	BIJLAGE B: VRAGENLIJST EN INFORMED CONSENT NL.....	62

Woord vooraf

Dit eindwerk is een belangrijk hoogtepunt en eveneens de afsluiter van mijn opleiding Bachelor in de Vroedkunde. Ik wil iedereen bedanken die mij heeft geholpen bij de realisatie van dit werk.

Hierbij wil ik graag mevrouw Sophie Accou bedanken, vroedvrouw en interne promotor. Zij stond het proces bij tot de eindfase. Zonder haar bijsturing en aanmoedigende woorden zou dit eindwerk niet zo vlot tot stand zijn gekomen. Daarnaast wil ik ook mevrouw Hanne Baele bedanken, zelfstandige vroedvrouw bij vroedvrouwenpraktijk Zwanger in Brussel.

Bovendien wil ik mijn dank richten aan mevrouw Veerle De Frène voor de onmisbare ondersteuning bij het opstellen van vragenlijsten voor mijn praktijkdeel. Ook de vroedvrouwen van Le Cocon en van het verloskwartier van het Erasmus ziekenhuis in Brussel verdienen een woord van dank.

Verder wil ik Lara Verdru bedanken voor het herlezen van dit werkstuk en het verbeteren van spelling- en grammaticafouten. Ten slotte wil ik mijn ouders, mijn zus en mijn vrienden bedanken voor hun begrip en aanmoediging bij de verwezenlijking van deze bachelorproef en hun onvoorwaardelijke steun gedurende de voorbije drie opleidingsjaren.

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd en gefotokopieerd.

Brussel, APRIL 2019

Inleiding

Gedurende mijn stages werd ik meermaals geconfronteerd met vroedvrouwen die blijk gaven van ontevredenheid over hun werk als vroedvrouw. Dit motiveerde mij om dit eindwerk tot een goed einde te brengen en te onderzoeken welke elementen een cruciale rol speelden binnen de jobtevredenheid.

Waar de literatuur vooral ingaat op de voordelen voor de parturiënte en de pasgeborene van een zorgmodel volgens midwifery led care, ligt de focus van dit eindwerk vooral op de jobtevredenheid van de vroedvrouw. Verder wil ik dit vergelijken met de jobtevredenheid die vroedvrouwen ervaren binnen een medisch zorgmodel om te zien of er een verschil bestaat.

In België bestaat er slechts één instelling volgens midwifery led care dat gekoppeld is aan een ziekenhuis, Le Cocon in het Erasmus ziekenhuis. Le Cocon is een niet gemedicaliseerde en veilige omgeving. Deze instelling geeft de zwangere vrouwen de kans om op een natuurlijke wijze te bevallen onder begeleiding van de vroedvrouw. Hiernaast bestaan ook instellingen die volledig losgekoppeld zijn van het ziekenhuis en waarbij er voor obstetrische of neonatale interventies een overgang nodig is naar een ziekenhuis. Zulke instellingen bestaan in België ook. Een voorbeeld hiervan is L'arche de Noé in Namen, hier gaat dit werk niet verder op ingaan.

Om deze vraag te beantwoorden, begint dit eindwerk met een beknopte uitleg over beide zorgmodellen. De lezer maakt daarnaast kennis met de opleiding en het beroepsprofiel van de vroedvrouw. Verder krijgt men zicht op de verschillende determinanten die een invloed hebben op de jobtevredenheid. Burnout en andere beslissende factoren worden ook besproken omdat ze onmisbaar zijn in het verhaal. Vervolgens gaat de aandacht naar continuïteit van de zorg met zijn belangrijke elementen en verschillen tussen beide zorgmodellen.

Ten slotte is er een praktijkdeel met de uitvoering van een gestructureerde vragenlijst bij de vroedvrouwen van zowel Le Cocon als van het verloskwartier. De resultaten van de vragenlijsten zijn vergeleken met de gevonden literatuurstudie.

1 Verloskundige zorgmodellen

1.1 Midwifery led care

1.1.1 Definitie en eigenschappen

Binnen het midwifery led care zorgmodel bewaakt de vroedvrouw de zorg bij laagrisico patiënten waarbij er een fysiologisch verloop van de zwangerschap is. De vroedvrouw is dan de hoofdverantwoordelijke voor het opvolgen van de zwangerschap en zal de nodige zorgen toedienen. Indien nodig zal de vroedvrouw ook samenwerken met andere zorgverleners (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016).

Dit model heeft de opportuniteit om de vrouw als centraal punt te benaderen waarbij er een geïndividualiseerde en fysiologische geboorte wordt gesteund (Hunter, 2004). De zorg kan zowel thuis, poliklinisch of in een ziekenhuis verleend worden. Indien het in een ziekenhuissetting is gaat het over een aangepaste, fysiologische afdeling. Er moeten meerdere aspecten in acht genomen worden door de vroedvrouw. Dit zijn elementen zoals het fysieke, emotionele, sociale en psychologisch welbevinden van de vrouw. Er is sprake van zowel een hoge continuïteit van de zorgverlener als van geïndividualiseerde zorg (Decabooter, 2015).

1.1.2 Instellingen

Midwifery led care kan het zorgmodel zijn binnen verschillende instellingen. Binnen beide is het zo dat het moet gaan over een fysiologische zwangerschap zonder enige risico's of complicaties. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen "along side midwifery" en "free standing midwifery" (Overgaard, Møller, Fenger-Grøn, Knudsen, & Sandall, 2011).

Bij along side midwifery is de instelling op hetzelfde terrein als het ziekenhuis en kan er bij een complicatie meteen overgegaan worden tot een ziekenhuissetting.

Terwijl along side midwifery binnen het ziekenhuis is, is free standing midwifery losgekoppeld van het ziekenhuis. Binnen dit zorgmodel worden de patiënten thuis of in een geboortehuis opgevolgd en begeleid gedurende de zwangerschap, arbeid en bevalling. Dit betekent dat wanneer de zwangere vrouw of haar pasgeborene gespecialiseerde zorgen nodig hebben ze met de auto of ziekenwagen overgebracht moeten worden naar het ziekenhuis. (Overgaard, Møller, Fenger-Grøn, Knudsen, & Sandall, 2011).

1.1.3 Soorten

Midwifery led care kan op verscheidene wijzen georganiseerd worden (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014).

1.1.3.1 One to one midwifery

Binnen dit zorgmodel zorgt er éénzelfde vroedvrouw voor een aantal zwangere vrouwen en hun partner per jaar. Dit model wordt ook wel caseload midwifery genoemd (Decabooter, 2015). Veelal is er wel een tweede vroedvrouw aanwezig om de eerste vroedvrouw af te lossen indien

nodig. Dit zorgt er ook voor dat er een werk-leven balans gevonden kan worden voor de eerste vroedvrouw (Page, 2003) en een hoge continuïteit kan worden aangeboden.

1.1.3.2 Team midwifery

In de literatuur wordt zowel gesproken over 'team midwifery' als over 'group practice midwifery' maar in de praktijk is het onderscheid zeer klein.

Ten opzichte van 'one to one midwifery', waarbij de nadruk ligt op de geïndividualiseerde zorg, is hier de nadruk vooral geplaatst op de continuïteit van de zorg (Decabooter, 2015). Het aantal vroedvrouwen per team kan afwisselen. Toch blijkt uit onderzoek van Homer et al (2008) dat het doorgaans een 6 à 8 vroedvrouwen is. De vrouw krijgt haar pre per en postnatale zorg door een vroedvrouw of haar collega van dezelfde praktijk. Maar dat betekent niet dat het steeds om dezelfde vroedvrouw gaat. (Mc Court, 2006). Dit laat toe dat elke vroedvrouw ook haar vrije tijd kan inplannen of onverwachts afwezig kan zijn zonder dat dit negatief inspeelt op de zorgen van de patiënten (Homer et al., 2008).

1.2 Medisch zorgmodel

1.2.1 Definitie en eigenschappen

Dit model wordt uitsluitend in het ziekenhuis gehanteerd en is in België het meest gehanteerde zorgmodel. Hierbij is de arts gynaecoloog de voornaamste beslissingsnemer. Hij is diegene die de zwangerschap opvolgt, de bevalling uitvoert en hier dan ook verantwoordelijk voor is. De vroedvrouw voorziet de nodige zorgen gedurende de arbeid, staat de arts bij tijdens de partus en neemt de zorgen over gedurende de postpartumperiode maar steeds onder de eindverantwoordelijkheid van de arts (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016).

In de masterproef van Decabooter Kim (2015) wordt er een hiërarchie beschreven waarbij de gynaecoloog bovenaan staat met de beslissingsbevoegdheid. Gevolgd door de vroedvrouw en uiteindelijk de zwangere vrouw. De Brouwer Jolien (2013) voegt hier nog aan toe dat de zwangere vrouw binnen dit zorgmodel weinig betrokken wordt en een passieve rol vervult. De vroedvrouw verliest hierbij haar autonomie en is afhankelijk van de arts gynaecoloog. (Y.W. Wong, He, Shorey, & S.L. Koh, 2017).

Binnen het medisch zorgmodel wordt er in bepaalde situaties gebruik gemaakt van interventies als gevolg van een actief beleid, dit is echter niet altijd het geval. De interventies zijn bijvoorbeeld het uitvoeren van een amniotomie of het gebruik van kunstmatige oxytocines. Deze zaken zijn binnen de fysiologie niet evidence based. Hiernaast is er minder continuïteit van de zorgverleners wat leidt tot minder geïndividualiseerde en persoonlijke zorg naar de zwangere vrouw toe (Decabooter, 2015).

1.2.2 Relatie arts – vroedvrouw

De professionele samenwerking tussen de arts en de vroedvrouw is belangrijk, maar in de praktijk verloopt het vaak niet zonder moeilijkheden. Dit onder andere omwille van tegenstrijdigheden en verschillende gedachten over het geboorteproces. De artsen steunen het teamverband minder ten opzichte van vroedvrouwen, dit door een verschil in attitudes tussen beide. Naast de multidisciplinaire samenwerking is het ook van belang om een minder gemedicaliseerd model te steunen en de rol van de vroedvrouw te verbreden (Reiger & Lane, 2009).

Zowel aan artsen als aan vroedvrouwen werd gevraagd welke eigenschappen ze als belangrijk achten bij hun collega's. Terwijl vroedvrouwen vertrouwen en respect benadrukken legden de artsen de nadruk op verantwoordelijkheidsplicht. Ze waren ondanks deze verschillen het er wel over eens dat er een bepaalde samenwerking moest bestaan tussen beide (Reiger & Lane, 2009).

Bij het bevragen van de vroedvrouwen over de kwaliteiten die de ideale vroedvrouw moet bezitten was er een grote verscheidenheid aan antwoorden. Enerzijds ging het over persoonlijke eigenschappen en vaardigheden terwijl anderzijds de nadruk gelegd werd op het bewaren van de fysiologie (Reiger & Lane, 2009).

Er werd dan eveneens aan de vroedvrouwen gevraagd wat voor hen belangrijke eigenschappen waren van een goede arts. Een combinatie van praktische, klinische, organisatorische, professionele en persoonlijke kwaliteiten. Ook het bereikbaar zijn van de arts is belangrijk volgens de vroedvrouwen. Het belangrijkste element was het volgende: ze wensen dat de artsen hun expertise en kennis als professionele vroedvrouw vertrouwen en respecteren en hen als gelijke zorgverlener beschouwen voor de opvolging van de zwangere vrouw. De artsen die de mening vragen van hun collega vroedvrouwen worden het meest gewaardeerd. Artsen die in tegendeel de kennis van de vroedvrouwen negeren, worden sterk bekritiseerd. Artsen zouden niet als enige de verantwoordelijkheid moeten dragen over maternale uitkomsten maar de beslissingen delen met de vroedvrouwen (Reiger & Lane, 2009).

Als laatste is er het standpunt van de arts over een goede vroedvrouw. Ze verwachten dat de vroedvrouwen de verantwoordelijkheid opnemen voor het opvolgen van de parturiënte in arbeid zolang ze de vaardigheden ervoor hebben. Dit in combinatie met een goede communicatie en op de hoogte gehouden worden van eventuele complicaties. Artsen wensen niet onnodig opgebeld te worden (Reiger & Lane, 2009).

2 Beroepsprofiel van de vroedvrouw

Voor het beschrijven van dit hoofdstuk werd er gebruik gemaakt van het “beroeps-en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw” (2015).

Het beroepsprofiel van de vroedvrouw is van belang ter ondersteuning van de literatuur over enerzijds het midwifery led care zorgmodel en anderzijds het medisch zorgmodel. De vroedvrouw heeft een breed competentieprofiel maar eenmaal in het beroepsleven en afhankelijk van de plaats van tewerkstelling kan dit sterk beperkt worden.

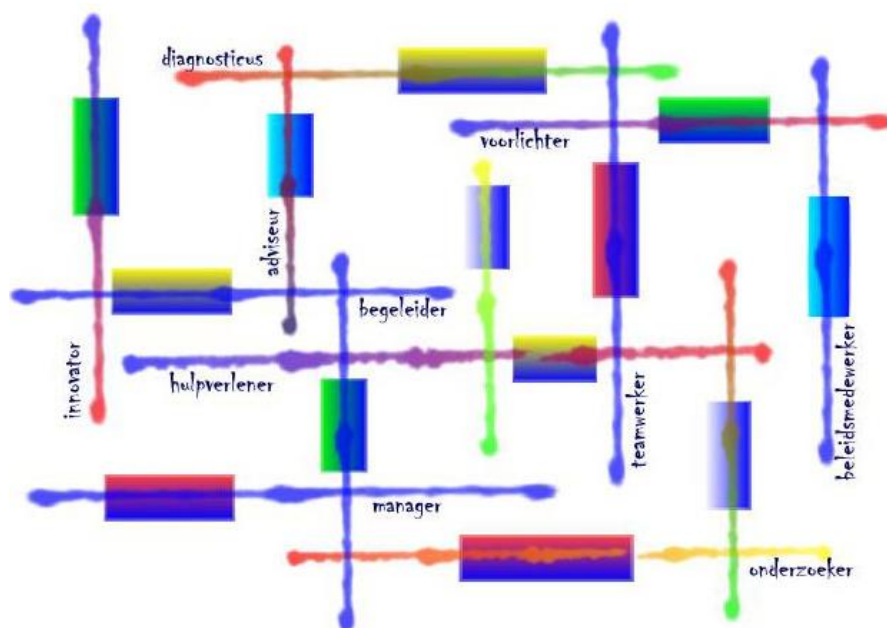
Het beroepsprofiel van de vroedvrouw werd opgesteld door vroedvrouwen die in verschillende werkdomeinen werken en werd in 2015 laatst goedgekeurd door de Federale Raad voor de Vroedvrouwen. Het beroepsprofiel is zowel gebaseerd op nationale en internationale literatuur als op de Belgische wetgeving en recent vernieuwde Europese richtlijnen. Het beschrijft de domeinen waarin de vroedvrouw haar beroep uitoefent en geeft de competenties weer waarover ze dient te beschikken na haar opleiding en gedurende haar hele beroepsuitoefening.

De vroedvrouw wordt volgens het beroepsprofiel in de literatuur wereldwijd aangewezen als “first choice health professional for childbearing women”. Zij is de beheerder van de fysiologie, zoekt het evenwicht tussen het optimaliseren van de normale processen rond de geboorte en het tot een minimum herleiden van medische interventies. Ze is naast het fysiologische proces bevoegd en bekwaam om intensieve en/of risicovolle zorgen voor zowel de vrouw, de moeder als de pasgeborene toe te dienen in samenwerking met de arts.

De vroedvrouw kan werken in een ziekenhuissetting en als zelfstandige. Binnen het ziekenhuis kan ze op verschillende diensten tewerkgesteld worden: fertiliteitsafdeling, kraamafdeling, MIC, neonatologie, ...

Op de afbeelding hieronder (illustratie 1) zien we de competentie-mozaïek van de vroedvrouw. De symboliek ervan stelt de aanwezige integratie van het competentiegericht onderwijs als totaalbeeld voor. De mozaïekstenen stellen de competenties, de verbindingslijnen en de beroepsrollen voor. Om het diploma vroedvrouw te behalen moeten alle bouwstenen verzameld zijn.

Illustratie 1



(VBOV, Geraadpleegd in maart 2019)

2.1 Belgische wetgeving

De vroedvrouw wordt omschreven als een autonome beoefenaar van een gezondheidsberoep binnen het domein van de geneeskunde. Binnen de fysiologie is de vroedvrouw opgeleid om autonoom te werken en zorg te bieden binnen de volgende periodes: preconceptioneel, zwangerschap, arbeid, bevalling, kraambed en het eerste levensjaar van het kind (VBOV, Geraadpleegd in maart 2019)

2.2 Europese richtlijnen

De vroedvrouw moet vanuit de opleiding verschillende vaardigheden en kennis verwerven. Dit gaat van kennis van de wetenschappen, gynaecologie en verloskunde tot de beroepsethiek en de voor de vroedvrouw relevante wetgeving. Binnen de Europese richtlijnen geldt ook dat de vroedvrouw zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid, mits uitsluiting van pathologie, prenatale zorg kan bieden, een bevalling kan uitvoeren en de postnatale zorgen kan waarborgen (VBOV, Geraadpleegd in maart 2019).

2.3 Bijscholingen

De wetgeving verplicht vroedvrouwen om 75 uur bijscholing te volgen over een tijdsspanne van 5 jaar.

Het organiseren van kwaliteitsvolle bijscholingen is volgens de VBOV belangrijk! De bijscholingen hebben verschillende elementen die van belang zijn. Enerzijds zijn ze belangrijke ontmoetings- en uitwisselingsmomenten met andere vroedvrouwen. Anderzijds zijn ze van belang om op de hoogte te blijven van nieuwe kennis en evoluties binnen het vakgebied van de vroedvrouw. Het

is ook interessant om bestaande kennis en vaardigheden eens op te frissen of om de dagdagelijkse praktijken eens vanuit een andere invalshoek te bekijken (VBOV, Geraadpleegd in maart 2019).

3 Opleiding vroedkunde

In het beroepsprofiel wordt het onderscheid gemaakt tussen 2 onderdelen binnen het studieprogramma. Het theoretisch en technisch onderwijs en de praktische en klinische opleiding. Beiden moeten in evenwicht gebracht worden (VBOV, Geraadpleegd in maart 2019)

In artikel 42 wordt beschreven welke beroepswerkzaamheden de verloskundige mogen uitoefenen. Deze competenties zijn hieronder overgenomen zoals beschreven in het opleidings- en beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw.

- Goede voorlichting en adviezen over gezinsplanning verstrekken.
- Zwangerschap vaststellen en het normale verloop ervan blijven volgen, onderzoeken verrichten die nodig zijn voor het toezicht op het normale verloop van de zwangerschap.
- De onderzoeken voorschrijven of adviseren die nodig zijn om de diagnose van een zwangerschap met gevaar voor complicaties zo vroeg mogelijk te kunnen stellen.
- Een programma opstellen ter voorbereiding op het ouderschap, de bevalling volledig voorbereiden en de ouders raadgevingen verstrekken over hygiëne en voeding.
- De vrouw tijdens de bevalling bijstaan en de toestand van de foetus in utero met passende klinische en technische middelen volgen.
- Normale bevallingen bij achterhoofdsligging verrichten en daarbij zo nodig episiotomie toepassen, alsmede in noodgevallen bevallingen bij stuitligging verrichten.
- Bij moeder en kind de tekenen van stoornissen onderkennen waarbij het ingrijpen van een arts vereist is en hem indien nodig assisteren; bij afwezigheid van de arts spoedmaatregelen nemen, met name de placenta met de hand verwijderen en eventueel daarna de baarmoeder inwendig onderzoeken.
- De pasgeborene onderzoeken en verzorgen; alle nodige maatregelen nemen en in voorkomend geval onmiddellijk reanimatie toepassen.
- De kraamvrouw verzorgen, toezien op de gevolgen van de bevalling voor de moeder en alle nuttige adviezen verstrekken aan de moeder met betrekking tot de kinderverzorging, zodat de pasgeborene in de beste omstandigheden kan worden grootgebracht.
- De door een arts voorgeschreven behandeling toepassen.
- De nodige schriftelijke verslagen opstellen.

Voor de klinische opleiding moeten stages worden gevolgd in een ziekenhuisafdelingen of bij andere inrichtingen voor gezondheidszorg die door de bevoegde autoriteiten of instellingen zijn erkend. Tijdens deze opleiding nemen de leerling-verloskundigen deel aan de werkzaamheden

van de betrokken diensten, voor zover deze werkzaamheden bijdragen tot hun opleiding. Zij worden vertrouwd gemaakt met de taken die aan de werkzaamheden van verloskundigen verbonden zijn.

4 Jobtevredenheid van de vroedvrouw

4.1 Wetgeving

In België bestaat er een wet omtrent het welzijn op het werk. Deze wet dateert van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, ook de "welzijnswet" genoemd. Dit is de basiswet op het vlak van de veiligheid en de gezondheid op het werk (FOD, Geraadpleegd in maart 2019).

Welzijn op het werk definieert men als het geheel van factoren met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden waarin het werk wordt uitgevoerd. Er zijn verschillende elementen waarop de welzijnswet inspeelt maar drie daarvan zijn significant als er wordt gekeken naar de jobtevredenheid. Deze zijn: veiligheid op het werk, bescherming van de gezondheid van de werknemer en de psychosociale aspecten van het werk (FOD, Geraadpleegd in maart 2019).

4.2 Betekenis

Khavayet, Tahery, Ahvazi, & Tabnak (2017) beschrijven jobtevredenheid als: "een positieve emotionele toestand als gevolg van de werkervaring." Jobtevredenheid omvat veel verschillende factoren en heeft invloed op verschillende organisatorische zaken zoals productiviteit, communicatie en het belang dat de werknemer hecht aan zijn beroep. Jobtevredenheid wordt eveneens beschreven als een toestand van algemene tevredenheid met als bepalende factoren: loon, jobveiligheid en gedrag van collega's en diensthoofden.

Een negatieve jobtevredenheid brengt negatieve gevolgen met zich mee. Deze negatieve gevolgen kunnen voor de werknemer een overweldigende werklust betekenen als het economische luik bijvoorbeeld bekeken wordt. Als de werknemers hun job verlaten betekent dat dat de werkgever moet investeren voor het opnieuw aannemen en scholen van het personeel. Er kan dus besloten worden dat jobtevredenheid ook voor de organisatie van belang is (Ngozi & Owgo, 2014).

Binnen een goede organisatie zal er interesse getoond worden in de fysieke en mentale gezondheid van de werknemers. De managers en directie zullen beseffen dat als de werknemers een goede productiviteit en efficiëntie hebben, dit ook een verhoging van de productiviteit en efficiëntie voor de organisatie met zich meedraagt. (Khavayet, Tahery, Ahvazi, & Tabnak, 2017).

4.3 Belangrijke elementen

Een hoge jobtevredenheid is een beschermende factor tegen stress, heeft een positieve impact op zelfwaardering en kan een positieve zelfontwikkeling teweegbrengen (Warmelink, et al., 2014).

Uit het onderzoek van Khavayet, Tahery, Ahvazi, & Tabnak (2017) blijkt dat de communicatie met collega's de oorzaak is van de hoogste scores omtrent jobtevredenheid. In het bijzonder als er een relatie ontstaat tussen collega's met vertrouwen, respect (Carter & Tourangeau, 2012) en een gevoel van samenhang (Sullivan, Lock, & Homer, 2011). Het gaat echter niet alleen

over naaste collega's van dezelfde praktijk maar ook over andere zorgverleners van het zorgsysteem (Warmelink, et al., 2014).

Uit onderzoek van Sullivan, Lock, & Homer (2011) blijkt dat vroedvrouwen een hoge jobtevredenheid ervaren wanneer ze het gevoel hebben dat ze een verschil kunnen maken voor de vrouw en een positieve interactie hebben met de vrouwen waarvoor ze zorgen (Sullivan, Lock, & Homer, 2011). De mate waarin de vroedvrouw autonomie ervaart heeft eveneens een grote impact op de jobtevredenheid. Vroedvrouwen die autonomie ervaren, ervaren een grotere jobtevredenheid omdat ze de gelegenheid hebben om meer persoonlijke zorg te verlenen en meer beslissingsrecht te hebben binnen de opvolging van de zwangere vrouw. Autonomie geeft de vroedvrouwen de opportuniteit om sterke relaties op te bouwen met de zwangere vrouw en laat haar toe haar competenties ten volle te benutten. (Collins, Fereday, Pincom, Oster, & Turnbull, 2008).

Binnen de competenties van de vroedvrouw hoort onder andere het zelfstandig uitvoeren van de fysiologische bevallingen. Uit onderzoek van Warmelink, et al., (2014) blijkt dat vroedvrouwen die thuisbevallingen doen een hogere jobtevredenheid ervaren ten opzichte van de vroedvrouwen die ziekenhuisbevallingen doen. Maar dit is niet voor alle vroedvrouwen een droom. Er zijn bepaalde vroedvrouwen die een voorkeur hebben om te werken als obstetrische verpleegkundige waarbij ze minder autonomie en verantwoordelijkheid verwachten (Reiger & Lane, 2009).

Uit de Safety Attitudes Questionnaire blijkt dat in "the community" de tevredenheid bijna dubbel zo hoog is als bij de vroedvrouwen die werken in een ziekenhuis. De vroedvrouwen vanuit "the community" hebben meer de kans om zelf te kiezen op welke manier ze werken. Binnen "the community" verlenen de vroedvrouwen continu en gepersonaliseerde zorg, wat leidt tot een hogere tevredenheid voor de vroedvrouw (Cummins, Catling, & Homer, 2017). Het geeft de vroedvrouwen de indruk betere zorg te kunnen verlenen (Collins, Fereday, Pincom, Oster, & Turnbull, 2008).

Elementen zoals een te laag inkomen, teveel werkuren, een te zware werklast, administratieve taken en te weinig erkenning voor het werk dat de vroedvrouw doet heeft een negatieve impact op de jobtevredenheid. Hoewel de vroedvrouwen het nut van administratieve zaken wel inzien, wensen ze er minder tijd aan te moeten spenderen (Warmelink, et al., 2014).

4.4 Invloed op de intentie om hun job te verlaten

Een goede jobtevredenheid heeft als gevolg dat er vanuit de vroedvrouwen minder de intentie is om hun job te verlaten (Warmelink, et al., 2014). Meestal is de intentie om de job te verlaten uitgelokt door een negatieve psychologische respons. Deze negatieve respons ontstaat door werkgerelateerde en organisatorische factoren. Hieronder hoort werkgerelateerde stress dat ontstaat door een, onder andere, lage sociale steun en een inspanning-beloning balans die niet evenwichtig is. De werkuren, de shiften en de flexibiliteit die vroedvrouwen hier al dan niet in hebben spelen ook een rol binnen de organisatorische factoren (Yoshida & Sandall, 2012).

Uit onderzoek van Sullivan, Lock, & Homer (2011) blijken de volgende aspecten van belang te zijn zodat de vroedvrouwen blijven:

- De mogelijkheid hebben om een relatie op te bouwen met de zwangere vrouw en betekenisvol te zijn voor hen.
- Zich gesteund en gewaardeerd voelen door collega vroedvrouwen en managers.
- Voldoende middelen bezitten, waaronder vooral voldoende bestaffing.
- Voldoende autonomie, controle en flexibiliteit hebben.
- Werkuren hebben die passen bij het privéleven van de vroedvrouwen en andere omstandigheden.

Naast persoonlijke factoren en factoren die eigen zijn aan de organisatie waarin de vroedvrouwen tewerk gesteld zijn, bestaan er ook externe factoren die bepalen wanneer werknemers hun job gaan verlaten. Zo blijkt bijvoorbeeld dat er minder personeel hun job gaat verlaten wanneer ze in een landelijk gebied tewerkgesteld zijn tegenover diegene die in een stedelijk gebied werken. Er zijn namelijk minder jobaanbiedingen in een landelijk gebied waardoor er mindere gelegenheid is om ergens anders te werken en dus hun actuele job niet gaan verlaten (Carter & Tourangeau, 2012). Het behouden van de werknemers in een organisatie helpt ervoor om de kwaliteit van de zorgen te garanderen en een stabiliteit te verwezelijken. Dit omdat het aanwerven en heroriënteren van nieuwe werknemers kosten met zich meebrengt (Jarosova, et al., 2014).

4.5 Uitdagingen

Uit onderzoek van het King's college London (2008) blijkt dat een aantal elementen aan bod moeten komen om een hogere jobtevredenheid en minder jobverlaters te verwezelijken. Énerzijds moet de vroedvrouw voldoende autonomie krijgen, anderzijds moeten er voldoende ontwikkelingsopportunities voorzien worden voor de vroedvrouw. Dit kan bijvoorbeeld ingevuld worden als bijscholingen. Hiernaast is een goed werk-leven balans ook een belangrijke factor in de jobtevredenheid van de vroedvrouw. Hier voldoende flexibiliteit in kunnen geven is dus van groot belang. In de Verenigde Staten is gebleken dat het aantal jobverlaters gedaald is van 35%-55% tot 12% bij het organiseren van steungroepen voor net afgestudeerde vroedvrouwen, mits dit op regelmatige basis gebeurt en een jaar lang duren (Carter & Tourangeau, 2012).

5 Burn-out bij de vroedvrouw

5.1 Definitie

Maslach en Jackson omschrijven burn-out als volgt: “A syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation and undermined personal accomplishment”. Een burnout is met andere woorden een multidimensionaal syndroom met 3 componenten. De eigen emotionele middelen zijn uitgeput. Er ontstaat bij de vroedvrouwen een onverschillig en cynisch gedrag. Hier bovenop gaan ze negatief terugblikken op hun eigen ervaringen (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011). Maslach voegt hieraan toe dat burn-out het gevolg is van een voortdurende interpersoonlijke en emotionele overlast. Uit onderzoek blijkt dat 60,7% van de vroedvrouwen matig tot hoge levels van emotionele vermoeidheid ervaren, 30,3% ervaren lage persoonlijke prestaties en 30,3% ervaren depersonalisatie (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011). Dixon, et al (2017) voegen hieraan toe dat burnout een antwoord is op hoge niveau's van stress.

5.2 Eigenschappen

5.2.1 The community VS het ziekenhuis

Yoshida & Sandall (2012) maken een onderscheid tussen de vroedvrouwen van “the community” en de vroedvrouwen van het ziekenhuis. De vroedvrouwen van “the community” werken in een team, meestal binnen een groepspraktijk en vanzelfsprekend zijn de vroedvrouwen van het ziekenhuis tewerkgesteld in een ziekenhuiséénheid. Yoshida & Sandall (2012) stellen dat er een hoger aantal vroedvrouwen leiden aan een burn-out binnen een ziekenhuis éénheid. Binnen het ziekenhuis hebben de vroedvrouwen minder autonomie en langere werkuren, terwijl de vroedvrouwen van “the community” meer autonomie hebben, ze hebben het gevoel dat ze persoonlijke zorg kunnen verstrekken en ze hebben eveneens een hogere jobtevredenheid doordat ze hun competenties ten volle kunnen benutten. Green et al. sluit hierbij aan door autonomie een als een belangrijke en beschermende factor van de jobtevredenheid te benoemen. Dit betekent echter niet dat de vroedvrouwen van “the community” geen burn-out kunnen ervaren. Deery & Fisher (2010) ondervonden dat deze vroedvrouwen het zwaar kunnen hebben doordat ze de hoofdverantwoordelijke zijn voor hun patiënt, ze steeds oproepbaar moeten zijn en 24/7 beschikbaar moeten zijn. Hierdoor wordt het zwaar om een goed evenwicht te vinden tussen werk- en privéleven. (Dixon, et al., 2017) Er kan wel gesteld worden dat de vroedvrouwen van “the community” in het algemeen een beter emotioneel welzijn hebben.

5.3 Meetinstrumenten

Uit de literatuur kan er gesteld worden dat verschillende meetinstrumenten gebruikt werden om de beïnvloedende factoren van burn-out te onderzoeken.

5.3.1 MBI

De Maslach Burnout Inventory is een meetinstrument dat aan de hand van 22 stellingen de 3 factoren (depersonalisatie, emotionele vermoeidheid en lagere persoonlijke prestaties) van

burn-out gaat meten. Als de eigen emotionele middelen uitgeput zijn, als er bij de vroedvrouwen een onverschillig en cynisch gedrag ontstaat en als ze hier bovenop negatief gaan terugblikken op hun eigen ervaringen (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011). Dit doen ze door de frequentie van ervaringen na te gaan. Dit meetinstrument werd zowel in het onderzoek van Yoshida & Sandall (2012) als in het onderzoek van Mollart, Skinner, Newing, & Foureur (2011) gebruikt.

5.3.2 Sociodemografische factoren

Mollart, Skinner, Newing, & Foureur (2011) maakten gebruik van een zelf ontwikkelde vragenlijst om de invloed van sociodemografische factoren op burn-out te achterhalen. Er bleken 8 variabelen, onderverdeeld in 4 categorieën significant in relatie te staan met burn-out. Er was een te lage respons bij dit onderzoek waardoor de resultaten niet gegeneraliseerd mogen worden, maar het is wel een indicator om de werkfactoren die in relatie staan met stress beter te begrijpen. Uit dit onderzoek blijkt er geen verschil te zijn tussen de vroedvrouwen die in een ziekenhuis werken en de vroedvrouwen die in een zelfstandige praktijk werken.

5.3.2.1 Het aantal jaren in het werkveld

Vroedvrouwen die reeds 11 à 20 jaar in het werkveld staan ervaren het minste euforie in hun werk. De vroedvrouwen die reeds 21 jaar of langer in het werkveld staan zijn diegene die het meeste euforie ervaren in het beoefenen van hun job. Een jonge vroedvrouw heeft meer kans om in contact te komen met burn-out. Dit kan verklaard worden door het feit dat hoe meer ervaring een vroedvrouw heeft hoe minder stress ze zal ervaren (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011).

5.3.2.2 Shiften

Het grootste onderscheid wordt gemaakt tussen uitsluitend nacht shiften en dag/nacht shiften. Hieruit blijkt dat vroedvrouwen die uitsluitend in de nacht werken het minst bezorgd zijn om wat er met hun patiënten gebeurt (depersonalisation). Vroedvrouwen die zowel dag shiften als nacht shiften werken scoren het hoogst voor lage persoonlijke prestaties, maar kunnen beter omgaan met problemen en hebben een betere invloed op anderen. Vroedvrouwen die zelfstandig werken halen een hogere tevredenheid omdat ze hun werkuren zelf kunnen bepalen. (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011) Dit laat de vroedvrouwen toe om zelf hun werk-privé balans te bepalen, wat eveneens een belangrijke factor blijkt te zijn voor de jobtevredenheid volgens het onderzoek van het King's college van London (2008).

5.3.2.3 Zorgen voor patiënten met verschillende psychosociale problemen

De emotionele vermoeidheid is het grootst bij de vroedvrouwen die 5 à 6 patiënten met psychosociale problemen begeleiden (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011).

5.3.2.4 Fysieke activiteit

Weinig fysieke inspanning staat in relatie met weinig energie. Vroedvrouwen die weinig fysieke activiteit doen vinden het zwaarder om een hele dag te werken (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011).

5.3.3 SAQ

“De Safety Attitudes Questionnaire is a six-factor model consisting: teamwork climate, safety climate, perceptions of management, job satisfaction, working conditions and stress recognition.” (Yoshida & Sandall, 2012). Over elk van deze elementen worden er een paar stellingen voorgelegd aan de vroedvrouw. Met dit meetinstrument wordt de relatie tussen werklust, vermoeidheid en kwaliteit van het geleverde werk onderzocht.

5.3.3.1 Teamwork

Dit gaat na in welke mate de vroedvrouwen vinden dat er een goede samenwerking is tussen elkaar. De vroedvrouwen die in een praktijk werken ervaren meer teamwork. In een ziekenhuissetting is er meer sprake van pestgedrag wat leidt tot hogere emotionele vermoeidheid (Yoshida & Sandall, 2012).

5.3.3.2 Jobtevredenheid

De jobtevredenheid gaat na hoe vroedvrouwen al dan niet positief zijn over hun werkervaring. In the community is de tevredenheid bijna dubbel zo groot als bij de vroedvrouwen die werken in het ziekenhuis. In de community krijgen ze ook meer de gelegenheid om zelf te kiezen op welke manier ze willen werken (Yoshida & Sandall, 2012).

5.3.3.3 Perceptions of management

In the community gaan managers sneller de mening vragen aan de vroedvrouwen voordat ze een beslissing maken (Yoshida & Sandall, 2012).

5.3.3.4 Werkcondities

De vroedvrouwen uit “the community” zijn meer oproepbaar en hebben een grotere flexibiliteit in hun uren. Deze vroedvrouwen hebben ook meer beslissingsrecht wat betreft het organiseren van hun werkuren en werklust (Yoshida & Sandall, 2012).

In het ziekenhuis rapporteren de vroedvrouwen dat ze niet genoeg tijd hebben om bij hun patiënten te zijn door onvoldoende bestaffing en een te zware werklust (Dixon, et al., 2017).

Een vermindering in de werkuren zou een beschermende factor zijn voor burn-out.

5.4 Hoe kunnen we het voorkomen

Uit onderzoek blijkt dat er verschillende stappen kunnen worden genomen om positief op een burn-out in te spelen.

Zoals reeds vermeld is emotionele vermoeidheid een belangrijke factor bij een burn-out. Door minder uren te moeten presteren, het gevoel te hebben van jobcontrole en steun te ervaren van hun bazen, kan dit de prevalentie van emotionele vermoeidheid laten dalen (Yoshida & Sandall, 2012). Dit sluit aan bij wat Mollart, Skinner, Newing, & Foureur (2011) hebben ondervonden waarbij ze stellen dat steun vanuit de werkorganisatie en collega's en grotere flexibiliteit in de werkuren burn-out kan verminderen. Eerder werd al omschreven dat vroedvrouwen die minder aan sport doen een hogere kans hebben op een burn-out, dus het subsidiëren van een sportabonnement blijkt ook een element te zijn die dat zou kunnen verminderen (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011). De opportuniteit hebben om waardevolle relaties op te bouwen met de patiënten zou ook een beschermende factor kunnen zijn. (Dixon, et al., 2017).

6 Continuïteit van de zorg

6.1 Definitie en eigenschappen

Bowers, Cheyne, Mould & Page (2014) stellen dat perfecte continuïteit van de zorg in de praktijk een onrealistisch doel is. Dat komt omdat er niet altijd 100% geïndividualiseerde zorg geboden kan worden. Door de nodige flexibiliteit in de agenda te plaatsen, kan er wel een redelijke continuïteit behaald worden. Er zou aan 70% van de voorkeuren tegemoet moeten kunnen komen.

Binnen de continuïteit van de zorg worden de zorgen verstrekt door de vroedvrouw aan de vrouw gedurende de zwangerschap, de geboorte en het prille ouderschap (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014). Binnen een model waarbij continuïteit van de zorg aanwezig is wordt er gestreefd naar zo weinig mogelijke overdracht. Hierbij heeft de vroedvrouw de mogelijkheid om probleemdetectie te doen door over de verschillende huisbezoeken een verandering in het gedrag op te sporen (Bowers, Cheyne, Mould, & Page, 2014).

Cummins, Catling, & Homer (2017) beschrijven dat continuïteit van de zorg zowel van belang is voor de patiënten, de vroedvrouwen en de materniteit. De patiënten gaan een hogere tevredenheid uit hun geboorte ervaring halen, de vroedvrouwen gaan een hogere voldoening behalen bij het uitoefenen van hun job en ten slotte gaan er voor de materniteit voordelen zijn wat betreft de gezondheidszorg, met inbegrip van de kosteneffectiviteit.

Continuïteit van de zorg wordt grotendeels voorzien voor gezonde vrouwen maar ook risicopatiënten worden doorgevoerd in dit systeem met de medewerking van de gynaecoloog (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014).

Bowers, Cheyne, Mould, & Page (2014) maken een onderscheid tussen “information continuity” en “longitudinal & relational continuity”. Bij “information continuity” ligt de nadruk op het waarborgen van de communicatie tussen de zorgverleners, terwijl bij “longitudinal & relational continuity” de relatie tussen patiënt en vroedvrouw centraal staat. Er wordt gezorgd dat er dagelijks een vroedvrouw is om zorgen te verlenen maar dit houdt natuurlijk niet in dat elke vroedvrouw 7/7 hoeft te werken. Ook indien de gewenste vroedvrouw niet aanwezig zou zijn, is het noodzakelijk dat het eerste bezoek plaatsvindt. Indien mogelijk is het wel de vroedvrouw die prenataal de opvolging doet van de patiënt en ook de postpartumzorgen zal verstrekken (Bowers, Cheyne, Mould, & Page, 2014).

6.2 Positieve effecten voor de vroedvrouw

Uit de literatuur blijken er verschillende positieve effecten te zijn voor de vroedvrouw binnen dit zorgmodel.

6.2.1 Relatie met de patiënt

De relatie die ontstaat tussen de patiënt en de vroedvrouw wordt ten zeerste geapprecieerd door de vroedvrouw (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014) en er ontstaat een vertrouwensrelatie met de patiënt volgens Cummins, Catling, & Homer (2017). Tevens vernoemen ze wel een belangrijke valkuil binnen de relatie met de patiënt. De onderzoekers ondervraagden net afgestuurde vroedvrouwen die vertelden dat er verwarring mogelijk kan zijn tussen een professionele relatie en een vriendschappelijke relatie met de patiënt. Om dit te vermijden is het van belang dat er grenzen gesteld worden die eveneens zorgen dat emotionele vermoeidheid voorkomen wordt.

6.2.2 Relatie met het team

Teamwerk is een samenhang van delen, steun, wederzijds vertrouwen en eerlijkheid (Reiger & Lane, 2009). De vroedvrouw waardeert de relatie met het team waarmee ze samenwerkt. Ze ontvangen emotionele steun en mentorschap (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014). Mentorschap kan onder twee verschillende vormen bestaan. Enerzijds gaat de vroedvrouw zelf een collega vinden binnen of buiten haar team en anderzijds krijgt de vroedvrouw een mentor toegewezen door een manager. Beide zijn waardevol maar door een verschil in werkuren is het niet steeds mogelijk (Cummins, Catling, & Homer, 2017). Er ontstaat ook een vertrouwensrelatie waarbij de vroedvrouwen de impressie hebben dat ze steeds bij een collega terecht kunnen (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014). Dit vertrouwen kan aangesterkt worden door het houden van groepsvergaderingen. Hieruit blijkt dat vroedvrouwen het vertrouwen hebben om over eigen vaardigheden en ervaringen te reflecteren. Goede collega's worden gezien als vroedvrouwen die professionele steun bieden, er zijn voor elkaar en kennis delen met elkaar (Reiger & Lane, 2009).

7 Praktijkdeel

7.1 Introductie

Uit de literatuur blijkt dat er al veel onderzoek is gedaan naar de positieve effecten van midwifery led care op de zwangere vrouw en haar pasgeboren baby. Maar er is nog weinig te vinden over de tevredenheid die de vroedvrouw ervaart als ze tewerkgesteld is in zo'n zorgmodel. Verder was het ook de bedoeling om de jobtevredenheid te vergelijken met de vroedvrouwen die werken in een medisch zorgmodel. Daarom werden de factoren die een invloed kunnen hebben op de jobtevredenheid opgespoord via een vragenlijst. Hierbij is de volgende onderzoeksvraag centraal: "is de jobtevredenheid hoger bij vroedvrouw die werkzaam zijn in het midwifery led care zorgmodel of bij de vroedvrouw die werkzaam is in het medisch zorgmodel?" Ook volgende vraag speelt een grote rol: "welke factoren hebben een invloed op de jobtevredenheid van de vroedvrouw?" In dit praktijkdeel zoeken we naar een antwoord op deze vragen als aanvulling op de reeds gevonden literatuur. Op die manier kunnen we zien welke factoren een rol spelen en zien we of het een voordeel zou zijn om in ons Belgisch zorgsysteem meer te gaan naar zorgmodellen zoals Le Cocon. Hierbij wordt de vroedvrouw tewerkgesteld in een midwifery led care zorgmodel binnen een ziekenhuis instelling.

7.2 Le Cocon

Le Cocon is de eerste en enige instelling binnen een ziekenhuis volgens midwifery led care. Het gaat om een veilige en niet gemedicaliseerde omgeving waarin het zwangere koppel terecht kan. Er wordt zowel begeleiding voorzien gedurende de zwangerschap als tijdens de arbeid en bevalling. Deze begeleiding wordt volledig voorzien door de vroedvrouwen. Het centraal punt van dit model is de fysiologie van de zwangerschap en de bevalling, maar met de veiligheid die een verloskwartier van een ziekenhuis kan bieden. Le Cocon richt zich op de menselijke aspecten van de geboorte, op de moeder-kind binding, de borstvoeding en de rol van de papa. Al deze elementen hebben ervoor gezorgd dat Le Cocon het babyfriendly label van het WHO heeft gekregen. Le Cocon laat het ook toe dat zelfstandige vroedvrouwen bevallingen kunnen uitvoeren bij hen.

7.3 Methode

Concreet werd er een gestructureerde vragenlijst afgenomen bij de vroedvrouwen van het Erasmusziekenhuis. Zowel bij de vroedvrouwen die werkzaam zijn in Le Cocon als de vroedvrouwen die werken op het verloskwartier. Er werd op voorhand contact opgenomen met de hoofdvroedvrouwen van beide diensten om hun samenwerking te vragen. De vragenlijsten en de informed consents werden naar beide diensten gebracht en na twee weken terug opgehaald.

Eerst werd er gepeild naar een paar demografische gegevens. Vervolgens werden er stellingen gegeven over verschillende factoren die een invloed kunnen hebben op de jobtevredenheid. Deze vragen werden opgesteld op basis van de literatuur die op dat moment voor handen was.

De vroedvrouwen konden antwoorden met een score tussen één en tien waarbij één stond voor 'helemaal niet akkoord' en tien voor 'helemaal akkoord'.

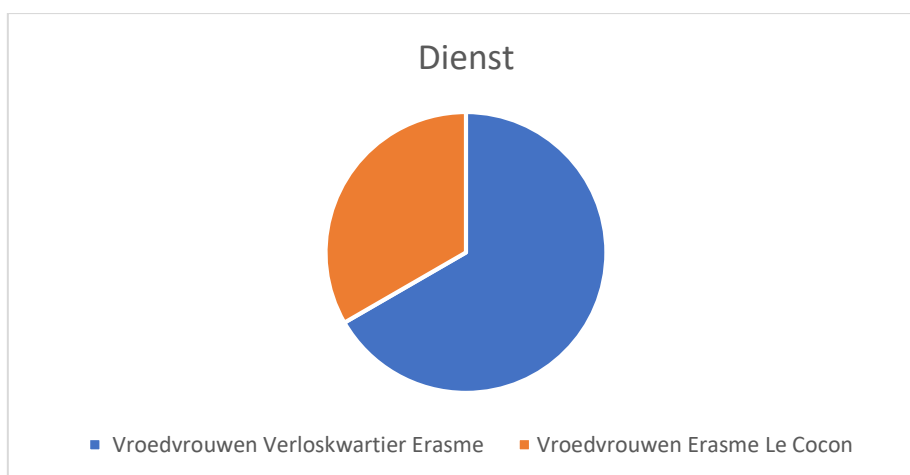
De resultaten van dit onderzoek zijn enkel descriptief en niet representatief voor het volledige zorgsysteem in België, dit onder andere door het beperkt aantal ingevulde vragenlijsten. In totaal werden er vijftien vragenlijsten ingevuld. Vijf van de zes vroedvrouwen die tewerkgesteld zijn in Le Cocon en tien vroedvrouwen van het verloskwartier vulden de vragenlijsten in.

7.4 Resultaten

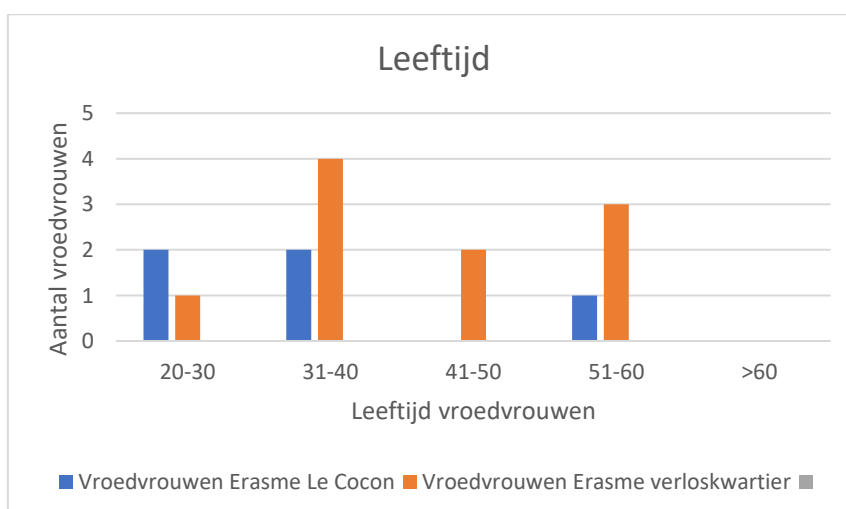
7.4.1 Demografische gegevens

Het onderzoek werd uitgevoerd bij vijftien vroedvrouwen. Van die vijftien vroedvrouwen zijn er vijf tewerkgesteld in Le Cocon en tien op het verloskwartier van het Erasmusziekenhuis (zie illustratie 2). De leeftijd van de vroedvrouwen die deelnamen aan het onderzoek varieert tussen 20-30 jaar en 51-60 jaar. Geen enkele vroedvrouw was ouder dan 60 jaar. De meesten waren tussen 31 en 40 jaar. Binnen de vroedvrouwen van Le Cocon was slechts één vroedvrouw ouder dan 40 jaar (zie illustratie 3).

Illustratie 2



Illustratie 3

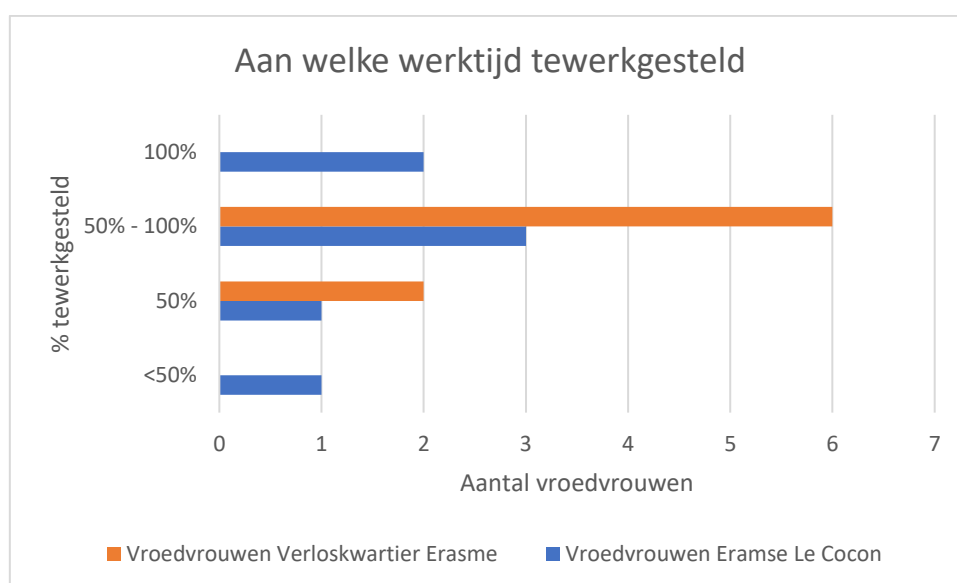


Niemand van de vijf vroedvrouwen in Le Cocon werkte 100% binnen deze dienst. Dit kan verklaard worden doordat Le Cocon maar een beperkt aantal bevallingen per jaar doet waardoor er niet zes voltijdse contracten aangeboden kunnen worden. Volgens M.W, de hoofdvroedvrouw van Le Cocon waren er in 2018 ongeveer 140 bevallingen (persoonlijke communicatie, 25 februari 2019). Van dit aantal werden er een aantal uitgevoerd door zelfstandige vroedvrouwen. De vroedvrouwen van Le Cocon rekenen op een tweede vroedvrouw van wacht die niet van Le Cocon zelf is (persoonlijke communicatie, 24 maart 2019).

Bij de vroedvrouwen van het verloskwartier werkte niemand minder dan 50%.

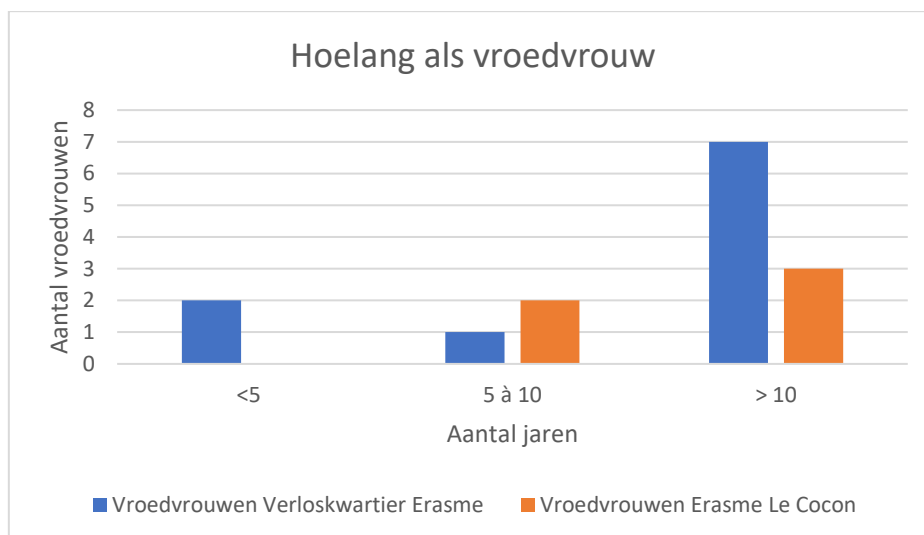
Zowel bij de vroedvrouwen van Le Cocon als bij de vroedvrouwen van het verloskwartier werkten de meeste vroedvrouwen tussen 50% en 100% (zie illustratie 4).

Illustratie 4

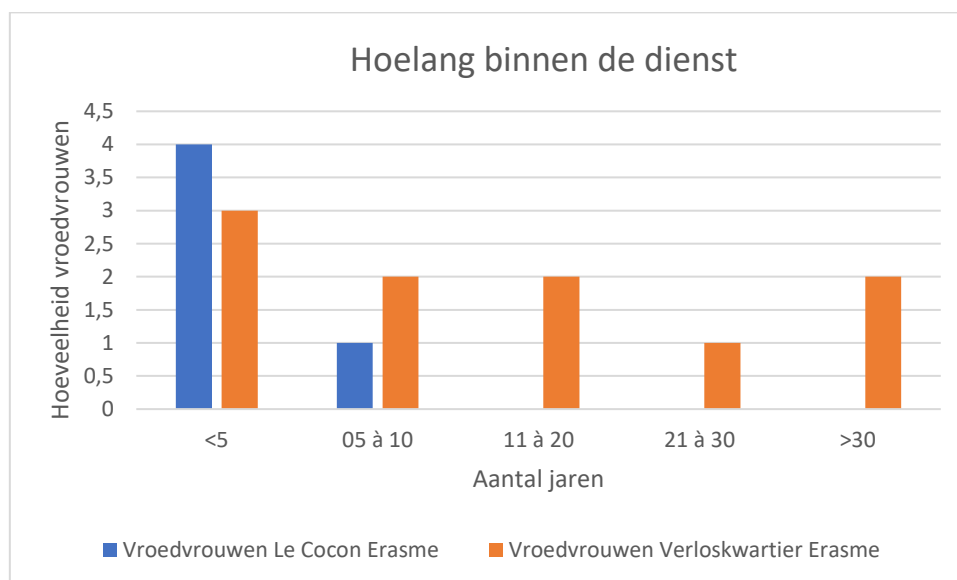


Het merendeel van de vroedvrouwen werkten er al langer dan tien jaar, dit geldt voor de vroedvrouwen van beide diensten. Dit kan verklaard worden wanneer we kijken naar de leeftijd van de vroedvrouwen die deelnamen aan het onderzoek. Een van de vroedvrouwen van het verloskwartier heeft niet geantwoord op deze vraag (zie illustratie 5). Van de vijftien vroedvrouwen die ondervraagd werden zijn er zeven die minder dan vijf jaar in het Erasmusziekenhuis werken, drie van het verloskwartier en vier van Le Cocon. Wetende dat Le Cocon werd geopend in maart 2014 is het logisch dat vier van de vijf vroedvrouwen '<5 jaar' aanduidt (zie illustratie 6). Uit de literatuur blijkt dat de vroedvrouwen die tussen elf en 21 jaar in het werkveld staan het minst euforie ervaren (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011). Uit de vragenlijst blijken de vroedvrouwen wel tevreden over hun job waardoor we kunnen stellen dat dit een verschillend resultaat is.

Illustratie 5



Illustratie 6



In de vragenlijst werd gevraagd of de vroedvrouwen naast hun job in het Erasmusziekenhuis een andere job beoefenden.

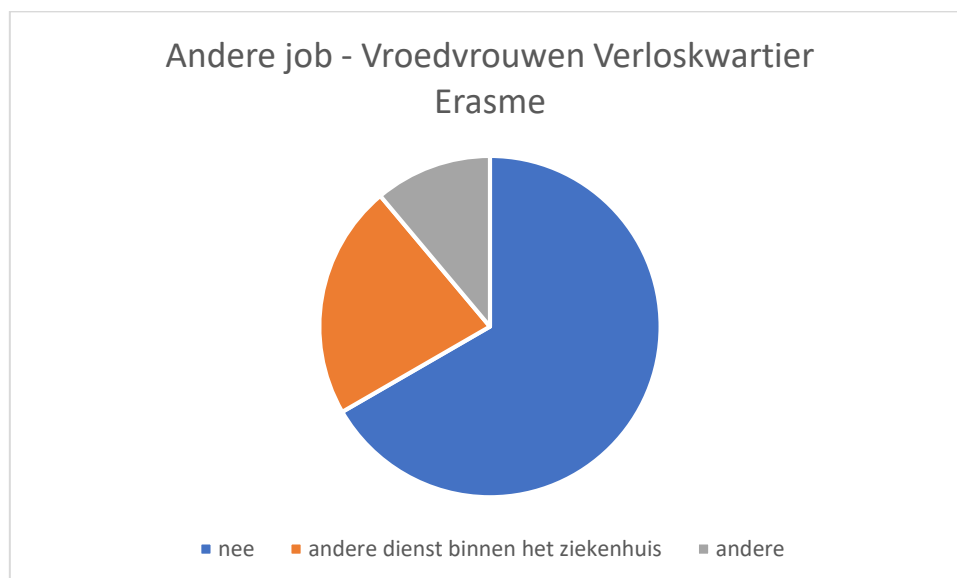
Van de vroedvrouwen van Le Cocon werken er twee in een zelfstandige vroedvrouwenpraktijk wat een coherent gegeven is. Het werk binnen Le Cocon, volgens midwifery led care, sluit aan bij het werk van een zelfstandige vroedvrouw. Ook de vroedvrouwen die op zelfstandige basis werken, werken volgens dit zorgmodel. Daarentegen heeft het merendeel van de vroedvrouwen geen andere job naast hun job in het Erasmusziekenhuis (zie illustratie 7 en illustratie 8).

Binnen het verloskwartier is er niemand van de ondervraagde vroedvrouwen die naast hun job eveneens zelfstandig werken. De meesten hebben geen andere job en de overige drie vroedvrouwen werken op MIC, neonatologie en het verloskwartier van een ander ziekenhuis en in een bloedafnamecentrum als verpleegkundige. Ook hier is hun andere job een job dat gelijkaardig blijft, steeds in een ziekenhuisinstelling.

Illustratie 7



Illustratie 8

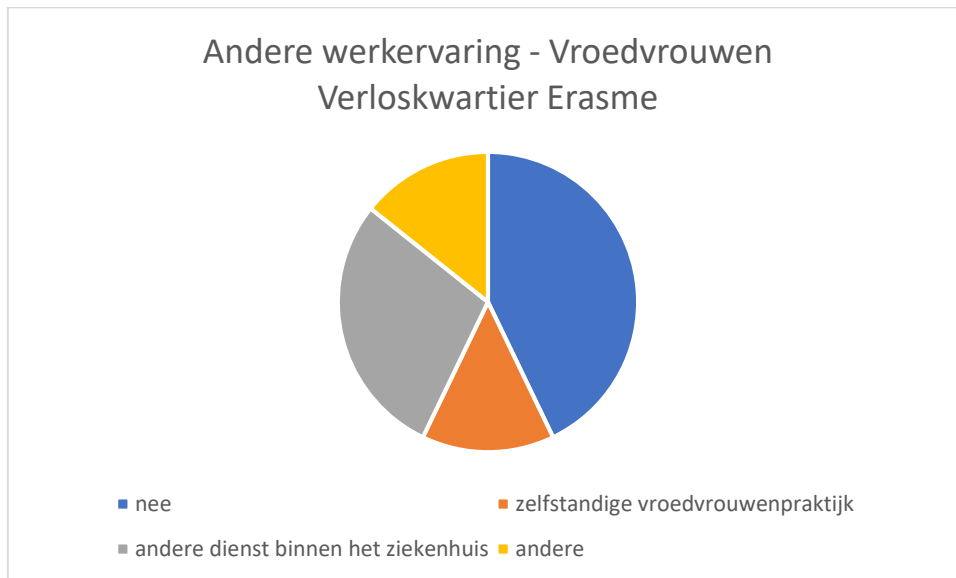


Naast een andere job werd er gevraagd of de vroedvrouwen al ergens anders gewerkt hebben voordat ze in Le Cocon of op het verloskwartier terechtkwamen.

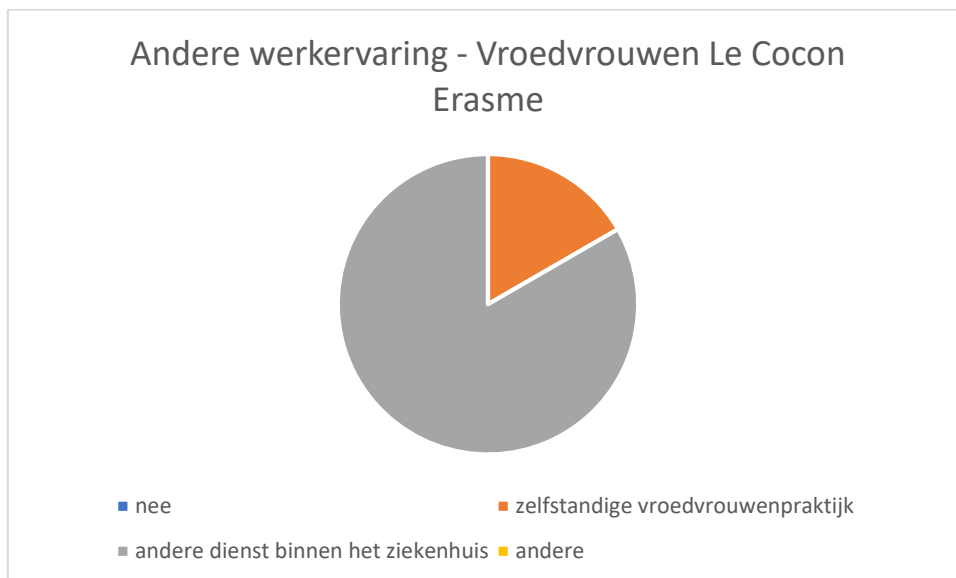
Alle vroedvrouwen van Le Cocon hebben voorafgaand ergens anders gewerkt. Dit valt te verklaren doordat Le Cocon een zeer recente dienst is en er meestal ook ervaring verwacht wordt van vroedvrouwen voordat ze kunnen starten in de eerste lijn of als zelfstandige vroedvrouw. Een vroedvrouw heeft ervaring in een zelfstandige praktijk. De andere diensten zijn zeer uiteenlopend en gaan van materniteit, neo en verloskwartier tot spoed, intensieve zorgen en hemodialyse. Een vroedvrouw heeft ook ervaring in een BirthCenter in Engeland. Zij is een van de vroedvrouwen die nu tewerkgesteld is bij Le Cocon. Deze vroedvrouw had voordien dus al ervaring binnen het midwifery led care zorgmodel.

Ook bij de vroedvrouwen van het verloskwartier heeft één vroedvrouw ervaring in een zelfstandige praktijk. Drie vroedvrouwen hebben exclusief in het Erasmusziekenhuis gewerkt. Vier vroedvrouwen werkten op andere diensten zoals materniteit, MIC en NICU. De overige drie waren voorheen leerkracht, verpleegsters in een jongerenafdeling en bij artsen zonder grenzen (illustratie 9 en illustratie 10).

Illustratie 9



Illustratie 10



7.4.2 Stellingen

Er werd gevraagd in welke mate de vroedvrouw zich competent genoeg voelt om bevallingen uit te voeren met de kennis en vaardigheden die ze in de opleiding leerde. Hier is een duidelijk verschil tussen beide diensten.

Terwijl vier op de vijf vroedvrouwen van Le Cocon antwoordde dat ze zich competent genoeg voelde om zelfstandig te werken mits ondersteuning van meer ervaren collega-vroedvrouwen

hebben zeven op de tien vroedvrouwen van het verloskwartier aangegeven dat ze zich competent genoeg voelen om zelfstandig te werken, zonder de ondersteuning van meer ervaren collega's. Een vroedvrouw heeft op deze vraag niet geantwoord (zie illustratie 11).

In het algemeen vinden alle vroedvrouwen dat ze zich competent genoeg voelen om bevallingen uit te voeren met de kennis en vaardigheden die ze in de opleiding leerden. Het enige verschil is dat de vroedvrouwen van Le Cocon de ondersteuning van andere collega's belangrijk vinden om dit te bereiken.

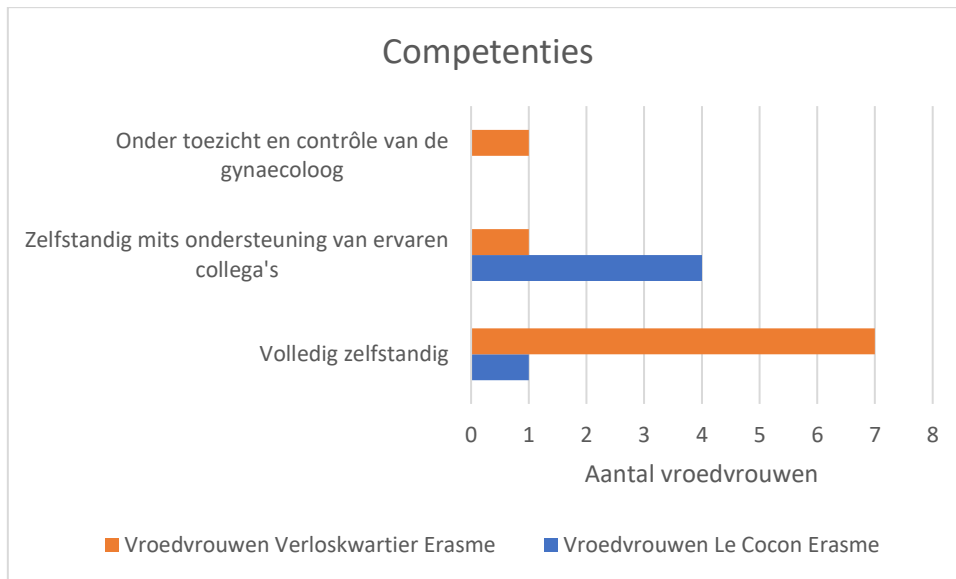
Er wordt in het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw vermeld dat de vroedvrouw de bevalling mag uitvoeren in achterhoofdsligging binnen de fysiologie. Ook gedurende de opleiding maakt dit deel uit van de beroepsbekwaamheden die de vroedvrouw moet verwerven. De vroedvrouwen krijgen ook de gelegenheid om bevallingen te doen op beide diensten wat niet in alle ziekenhuizen het geval is. Het is bijvoorbeeld zo dat in bepaalde ziekenhuizen de gynaecoloog alle bevallingen doet. Aangezien het in de opleiding voorzien wordt voor de vroedvrouw om dit te doen en de vroedvrouwen de gelegenheid krijgen is het logisch dat alle vroedvrouwen zich competent genoeg voelen om dit te doen. Het is ook belangrijk naar de patiënten toe dat de vroedvrouw dat gevoel heeft.

Als aanvulling op deze vraag werd gevraagd wat de vroedvrouwen nodig zouden hebben indien ze zich niet competent genoeg voelen. Twee vroedvrouwen hebben deze vraag beantwoord terwijl beide aangeduid hadden dat ze zich competent genoeg voelen.

De ene vroedvrouw van Le Cocon schreef: "continue bijscholing, de mogelijkheid tot vragen en discussie en een goede samenwerking met het medische team." Dit komt overeen met de literatuur waarbij teamwerk als een belangrijk element gezien wordt. (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014) Meer specifiek nog wordt een goede relatie met de arts waarbij er een wederzijds vertrouwen is tussen beide gewaardeerd door de vroedvrouw (Reiger & Lane, 2009).

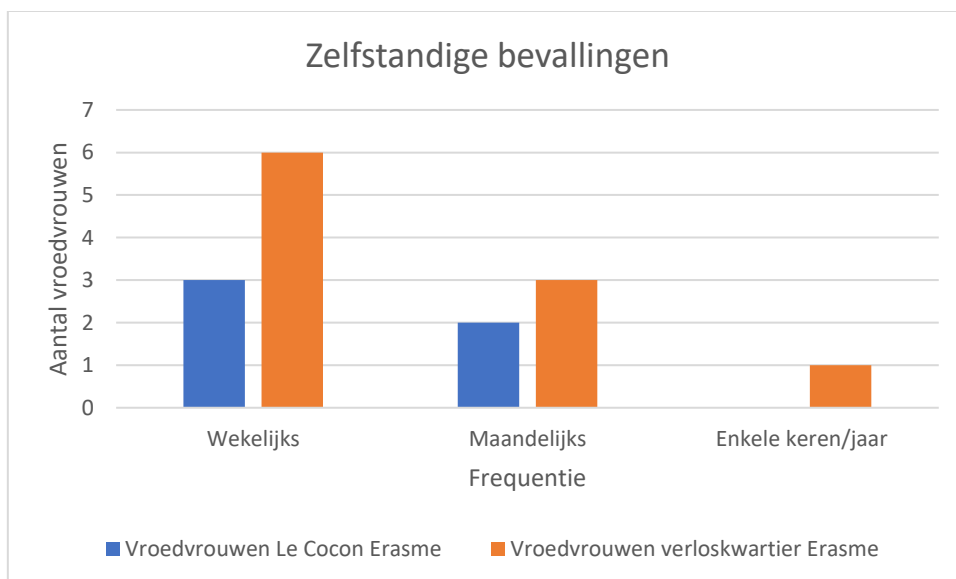
De vroedvrouw van het verloskwartier vernoemde het volgende: "zaken bespreken met andere vroedvrouwen met meer anciënniteit voor bepaalde bevragingen die ik heb". Uit onderzoek van Cummins, Catling, & Homer (2017) blijkt het van belang te zijn om de gelegenheid te hebben om tijdens groepsvergaderingen te kunnen reflecteren over ervaringen. De vroedvrouw geeft aan dat dit zeker een belangrijk element is en dat het interessant zou zijn om dit over te nemen in de praktijk.

Illustratie 11



Op beide diensten werd gevraagd met welke regelmaat de vroedvrouwen zelfstandige bevallingen uitvoeren. Zowel op het verloskwartier als op Le Cocon antwoordde de meeste vroedvrouwen "wekelijks", slechts een vroedvrouw antwoordde "enkele keren per jaar" en de andere antwoordde "maandelijks" (zie illustratie 12).

Illustratie 12



Indien de vroedvrouwen ja antwoordde werd er aansluitend gevraagd hoe het kwam dat ze deze opportuniteit kreeg. Er waren drie mogelijke antwoorden:

- De gynaecoloog te laat was.
- Het in onze instelling mogelijk is dat de vroedvrouw de fysiologische bevalling doet in de aanwezigheid van de gynaecoloog.

- Het is in onze instelling mogelijk dat de vroedvrouw autonoom de fysiologische bevalling doet, zelfs al is er een gynaecoloog aanwezig in de instelling.

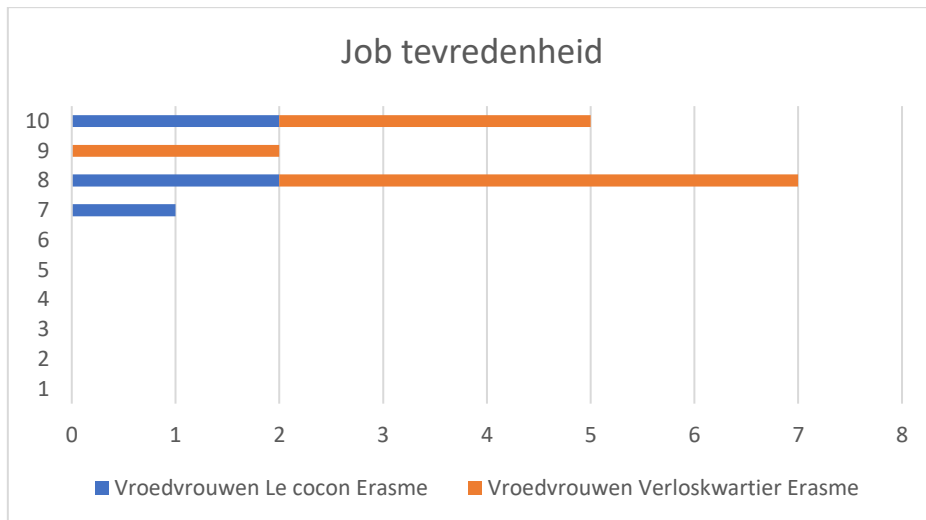
Het antwoord op deze vraag was éénduidig, elke vroedvrouw heeft geantwoord dat het in hun instelling mogelijk is om als vroedvrouw autonoom de fysiologische bevalling te doen, zelfs al is er een gynaecoloog aanwezig. Het is wel zo dat bij Le Cocon alle bevallingen uitgevoerd worden door de vroedvrouw. Op het verloskwartier gaat dit enkel over een deel van de bevallingen maar de hoofdvroedvrouw van Le Cocon schatte het aantal op een 30% van de bevallingen (persoonlijke communicatie, 25 februari). Het is niet zo dat dit in alle Belgische ziekenhuizen het geval is en de eindverantwoordelijke van de patiënt blijft desondanks wel de arts.

Illustratie 13 weergeeft de score die de vroedvrouwen gaven bij het bevragen van hun jobtevredenheid. We kunnen stellen dat alle vroedvrouwen in het algemeen wel tevreden zijn over hun job. Geen enkele vroedvrouw gaf een score onder 7 en op één vroedvrouw na gaven ze allemaal een score van acht, negen of tien.

Als volgt stelde ik de vraag wat de reden kon zijn indien de vroedvrouwen niet tevreden waren over de actuele invulling van hun beroep. Bij de vroedvrouwen van Le Cocon antwoorde drie vroedvrouwen. Daarvan zeiden twee dat ze een te hoge werkdruk ervaren. Een legde nadruk op de niet evidente wachtdiensten. Terwijl er in de literatuur wordt gezegd dat de tevredenheid lager is bij vroedvrouwen die werken in het ziekenhuis (Yoshida & Sandall, 2012) blijkt dat verschil niet opvallend te zijn uit de antwoorden van de vragenlijsten. Het is wel zo dat de vroedvrouwen die werken volgens midwifery led care in “the community” het best zwaar vinden om de hoofdverantwoordelijke te zijn. Ze moeten steeds oproebaar zijn (Dixon, et al., 2017). Dit loopt samen met de antwoorden die twee vroedvrouwen van Le Cocon gaven.

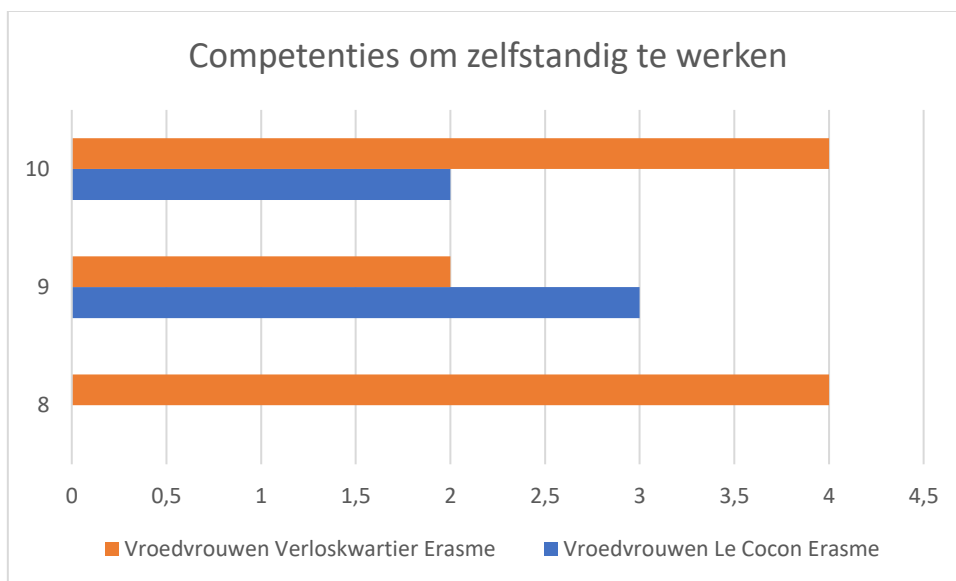
Een vroedvrouw van het verloskwartier duidde het volgende antwoord aan: “de vroedvrouw te weinig inspraak heeft in het zorgproces van de zwangere.” Ze voegde er zelf “soms” aan toe. Y.W. Wong, He, Shorey, & S.L. Koh (2017) stellen dat de vroedvrouwen hun autonomie deels verliezen binnen het medisch model terwijl autonomie een beschermende factor zou zijn voor jobtevredenheid (Y.W. Wong, He, Shorey, & S.L. Koh, 2017). Autonomie kan binnen het medisch model slechts in heel beperkte mate verkregen worden aangezien de arts de hoofd beslissingsnemer is (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016).

Illustratie 13



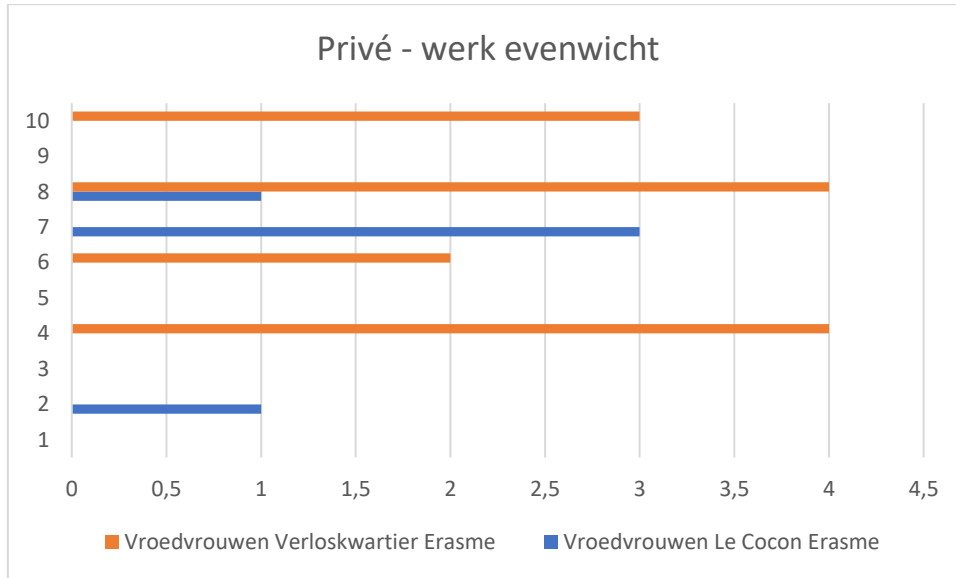
Vervolgens vroeg ik of de vroedvrouwen zich competent genoeg voelen om op zelfstandige wijze de zwangere zonder pathologie te begeleiden doorheen de zwangerschap, de bevalling en het prille ouderschap. Hier zijn de antwoorden opnieuw vrij gelijklopend zonder een opvallend verschil (zie illustratie 14).

Illustratie 14



Privé- en werkbalans werd eveneens nagevraagd om te zien of de vroedvrouwen vonden dat er een goed evenwicht bestond tussen beide. Het merendeel van de vroedvrouwen scoorden hoog, wat wijst op een tevredenheid in hun privé-werk balans. Twee vroedvrouwen, een van elke dienst scoorde onder de vijf. Dit wijst dus niet op een verschil tussen beide diensten. Een goed privé-werk evenwicht blijkt uit onderzoek van het King's college van London (2008) een belangrijk element voor de jobtevredenheid van de vroedvrouw. Het feit dat bijna alle vroedvrouwen hier een goede score op gaven kan deels verklaren waarom ze een goede tevredenheid hebben (zie illustratie 15).

Illustratie 15

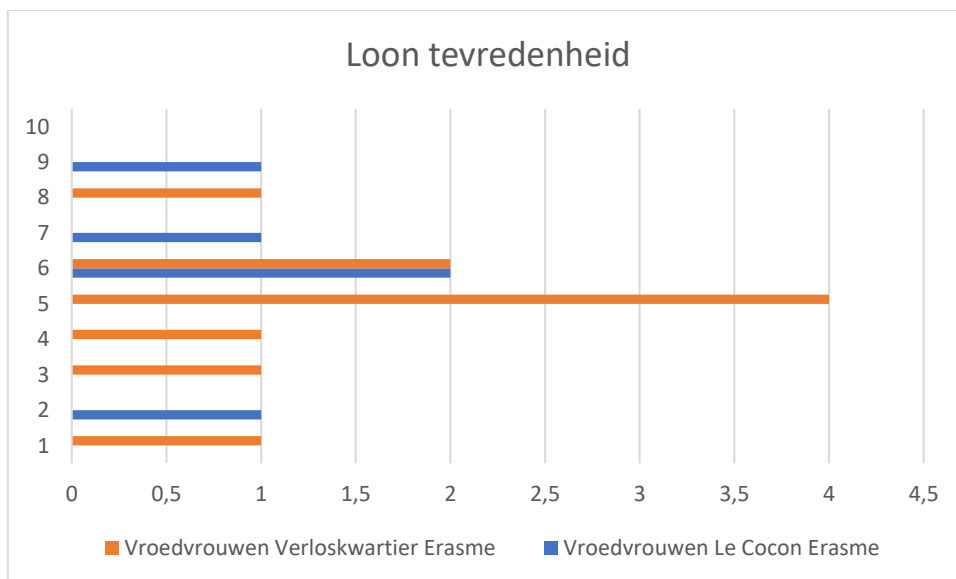


In de vragenlijst werd gevraagd of de vroedvrouwen vinden dat hun loon overeenstemt met de verantwoordelijkheden die ze binnen hun job als vroedvrouw dragen (zie Illustratie 16).

Er kan geen onderscheid gemaakt worden tussen de antwoorden van Le Cocon en de antwoorden van het verloskwartier terwijl loon uit de literatuur wel een belangrijk element blijkt te zijn.

Er kan ook niet gezegd worden dat de meesten hier akkoord mee zijn of niet want de antwoorden zijn zeer variabel tussen één en tien. Toch bevinden de meeste antwoorden zich onder de zes.

Illustratie 16



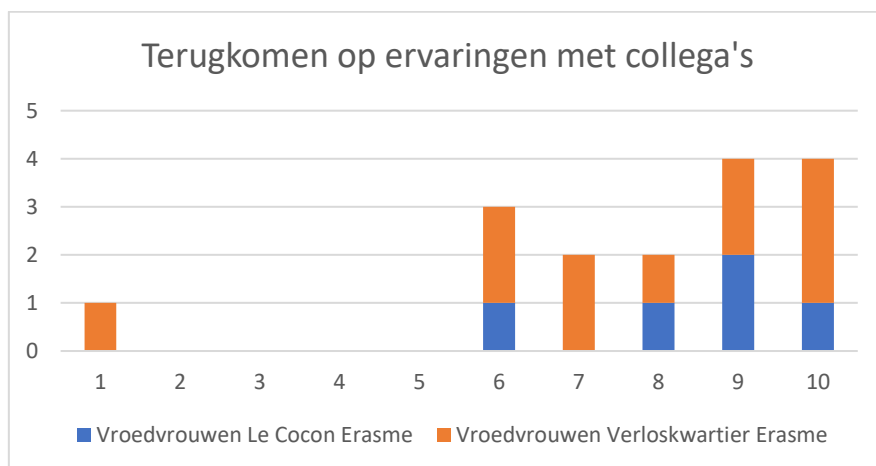
De relatie met de collega's zijn bevraagd door twee verschillende elementen (zie illustratie 17 en 18).

Eenzijds of ze steun ervaren van hun collega vroedvrouwen. Wat dit betreft is er wel een verschil. Terwijl er bij de vroedvrouwen van Le Cocon niemand onder de acht scoorde, wat wijst op een hoge tevredenheid wat betreft steun van collega's, hebben enkele vroedvrouwen van het verloskwartier vijf, zes of zeven geantwoord. Steun van collega's is een essentieel element wat betreft jobtevredenheid waarbij een goede communicatie tussen collega's belangrijk is (Khavayet, Tahery, Ahvazi, & Tabnak, 2017). Carter & Tourangeau (2012) voegen hier nog aan toe dat de relatie tussen collega's moet draaien rond vertrouwen en respect. Er is niet verder ingegaan op de vraag om te onderzoeken welke elementen bepalend zijn voor het ervaren van steun.

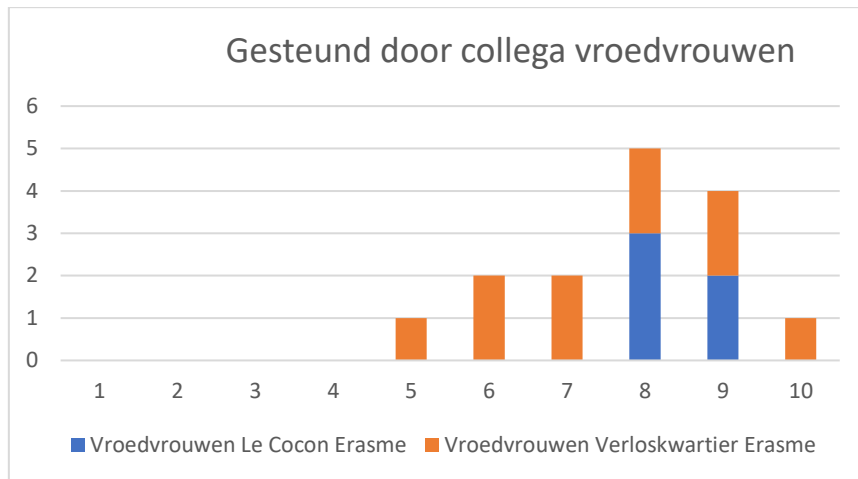
Anderzijds werd er gevraagd of ze vinden dat ze de gelegenheid hebben om terug te kijken op hun ervaringen met hun collega vroedvrouwen. Ze antwoorden allemaal boven de vijf, zonder een opvallend onderscheid tussen beide diensten. Het is belangrijk dat ze het gevoel hebben dat ze terecht kunnen bij collega's. Op die manier kunnen ze reflecteren over eigen vaardigheden en ervaringen (Cummins, Homer, & Denney-Wilson, 2014).

We zouden kunnen stellen dat wanneer vroedvrouwen steun ervaren ze ook de gelegenheid hebben om terug te komen op ervaringen met collega's.

Illustratie 17



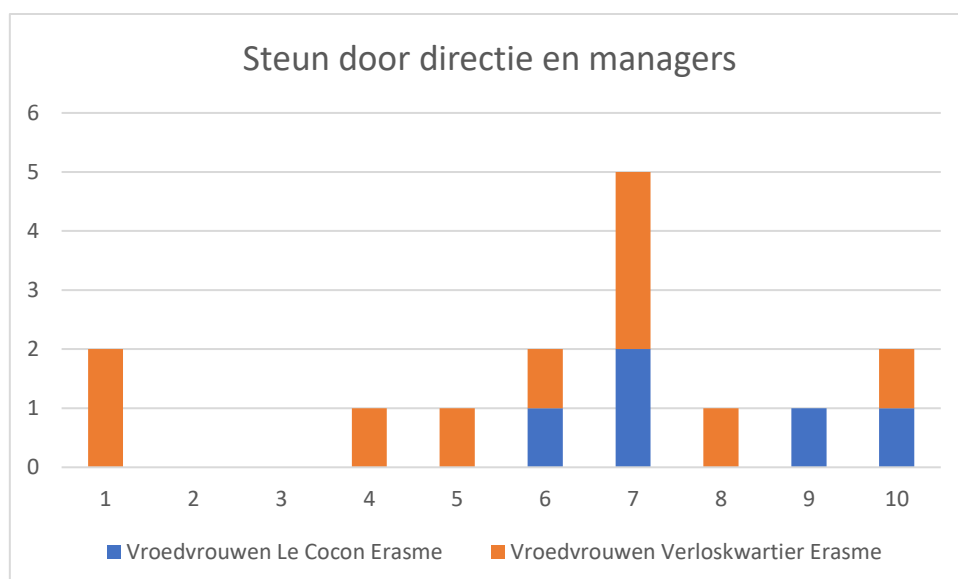
Illustratie 18



Naast de steun van collega's ging ik door middel van de vragenlijst na in welke mate de vroedvrouwen vinden dat ze gesteund worden door de hoofdvroedvrouw, directie, managers, etc. Hier is er opnieuw een verschil waarbij een deel van de vroedvrouwen van het verloskwartier één, vier en vijf aanduiden. Binnen Le Cocon gaf geen enkele vroedvrouw een score die lager was dan zes. Twee van de tien vroedvrouwen van het verloskwartier gaven een score van één wanneer hen gevraagd werd of ze steun ervaren. Uit deze resultaten blijkt dus dat de vroedvrouwen van het verloskwartier in het algemeen minder steun ervaren van hun hoofdvroedvrouw, directie en managers ten opzichte van de vroedvrouwen van Le Cocon (zie illustratie 19)

Yoshida & Sandall (2012) beschrijven dat het ervaren van steun van de managers de prevalentie van emotionele vermoeidheid kan laten dalen. Breder zelfs kan gesteld worden dat steun vanuit de werkorganisatie kan zorgen voor een lager percentage aan burn-out (Mollart, Skinner, Newing, & Foureur, 2011). Het creëren van een beter milieu en betere relaties tussen de vroedvrouwen en hun directie, managers en hoofdvroedvrouw zou een werkpunt kunnen zijn.

Illustratie 19

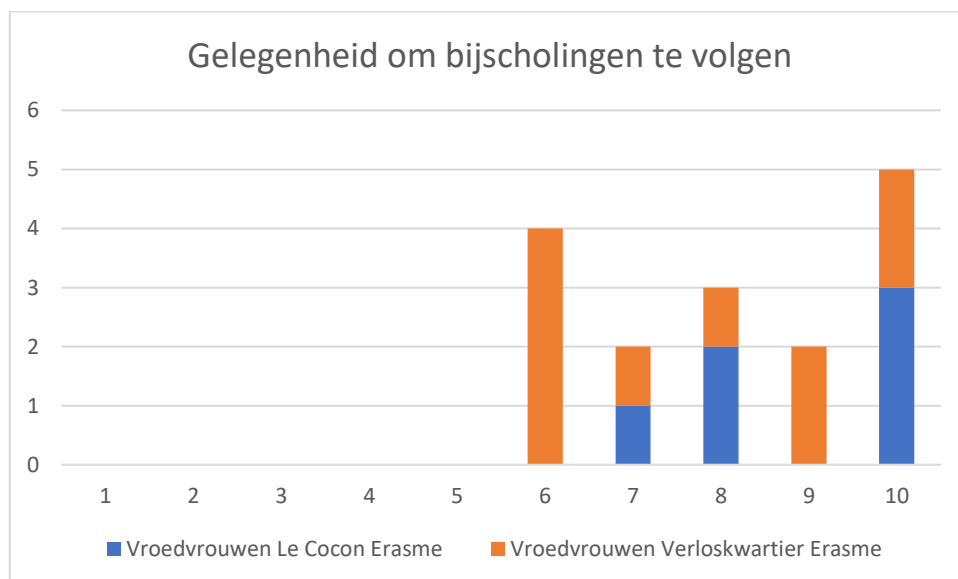


Aangaande bijscholingen en het belang ervan werden er twee vragen opgesteld (zie illustratie 20 en 21).

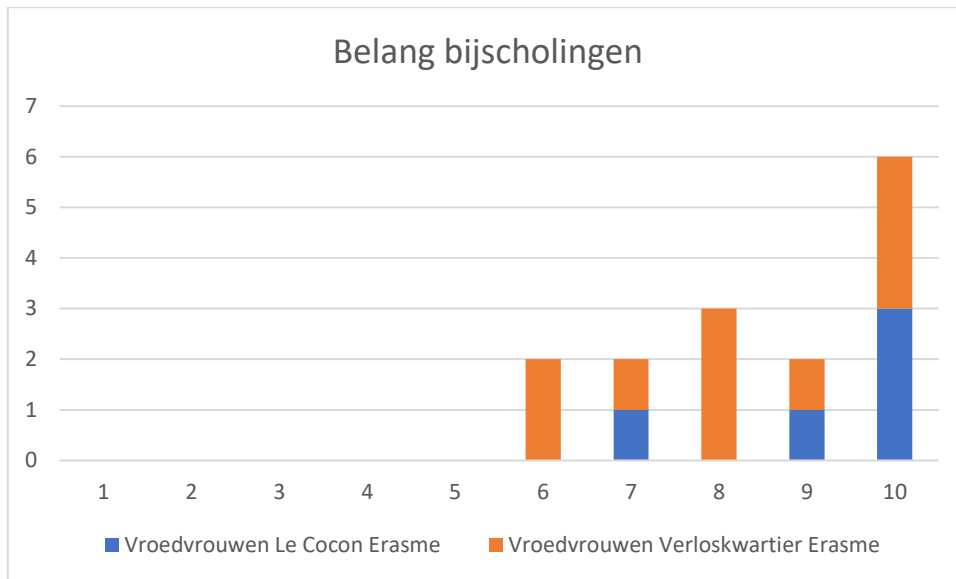
Ten eerste werd er gevraagd of de vroedvrouwen de gelegenheid hebben om bijscholingen te volgen die ze kiezen uit interesse zonder onderscheid tussen interne en externe studiedagen. Elke vroedvrouw vond dit belangrijk met antwoorden tussen de zes en de tien. Er was geen duidelijk onderscheid tussen beide diensten. Het is ook wettelijk verplicht om over vijf jaar 75 uur bijscholing te volgen. Het spreekt voor zich dat dit gemakkelijker verloopt wanneer de vroedvrouw de gelegenheid krijgt door bijvoorbeeld haar werkuren aan te kunnen passen. Over het algemeen kunnen we uit de vragenlijsten wel besluiten dat de vroedvrouwen vinden dat ze die gelegenheid krijgen.

Ten tweede werd gevraagd, indien ze bijscholingen volgen, hoe noodzakelijk en nuttig ze deze bijscholingen vonden om verantwoorde zorg te verlenen. De antwoorden waren expliciet en ze waren allemaal akkoord met de stelling ongeacht de dienst. De werkgroep “bijscholing” van de VBOV probeert vroedvrouwen de kans te geven om op de hoogte te blijven van nieuwe kennis en evoluties binnen het vakgebied, maar ook om bestaande kennis en vaardigheden eens op te frissen of om de dagdagelijkse praktijk vanuit een andere invalshoek te bekijken. Zowel de visie van de vroedvrouwen hieromtrent als wat de VBOV beschrijft wijst erop dat bijscholingen belangrijk zijn.

Illustratie 20



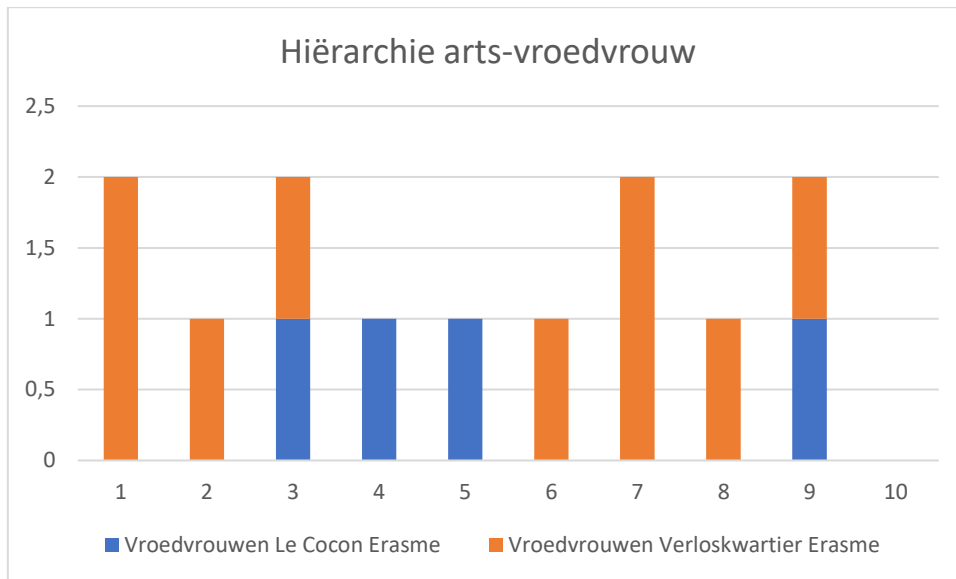
Illustratie 21



Omtrent de hiërarchie tussen arts en vroedvrouwen werd er ook een vraag opgesteld. Er werd aan de vroedvrouwen gevraagd of ze vonden dat er sprake was van hiërarchie tussen hen en de gynaecologen in het kader van de fysiologische verloskunde. Een aantal vroedvrouwen waren helemaal akkoord terwijl andere helemaal niet akkoord waren. De antwoorden laten niet toe om een éénduidige conclusie te trekken voor deze stelling (zie illustratie 22).

Reiger & Lane (2009) beschrijft dat de relatie tussen arts en vroedvrouw belangrijk is. Beiden hebben een precies idee van wat ze belangrijk vinden bij hun collega. Vroedvrouwen vinden het belangrijk dat de artsen hun expertise en kennis als professionele vroedvrouw vertrouwen, respecteren en hen als gelijke zorgverlener beschouwen voor de opvolging van de zwangere. De artsen die van hun collega vroedvrouwen hun mening vragen worden het meest gewaardeerd. Daarnaast worden diegene die de vroedvrouwen hun kennis negeren sterk bekritiseerd. De artsen zouden niet als enige de verantwoordelijkheid moeten dragen voor maternale uitkomsten, maar de beslissingen delen met de vroedvrouwen.

Illustratie 22

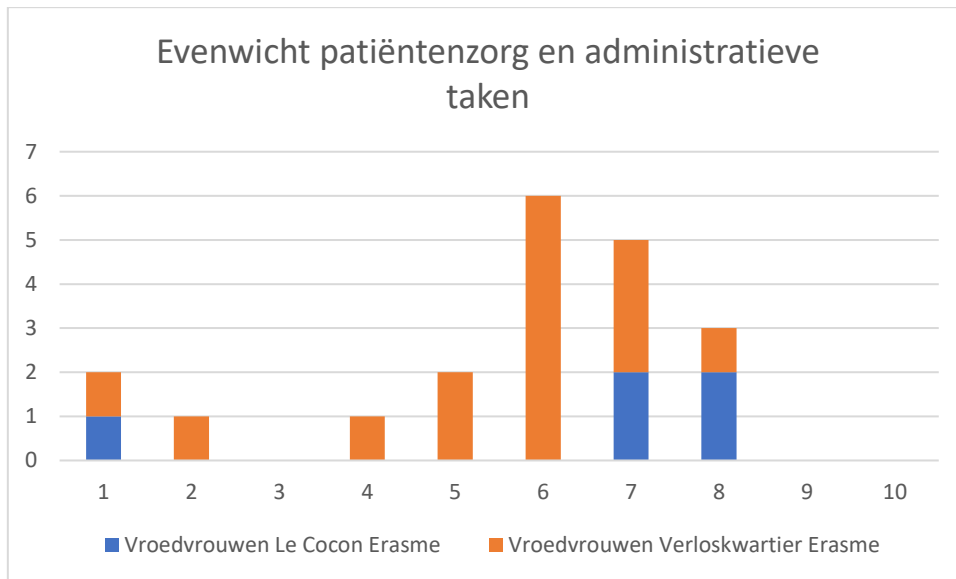


Ook voor het contact met de patiënten werden er 2 vragen opgesteld met een net iets ander accent (zie illustratie 23 en 24).

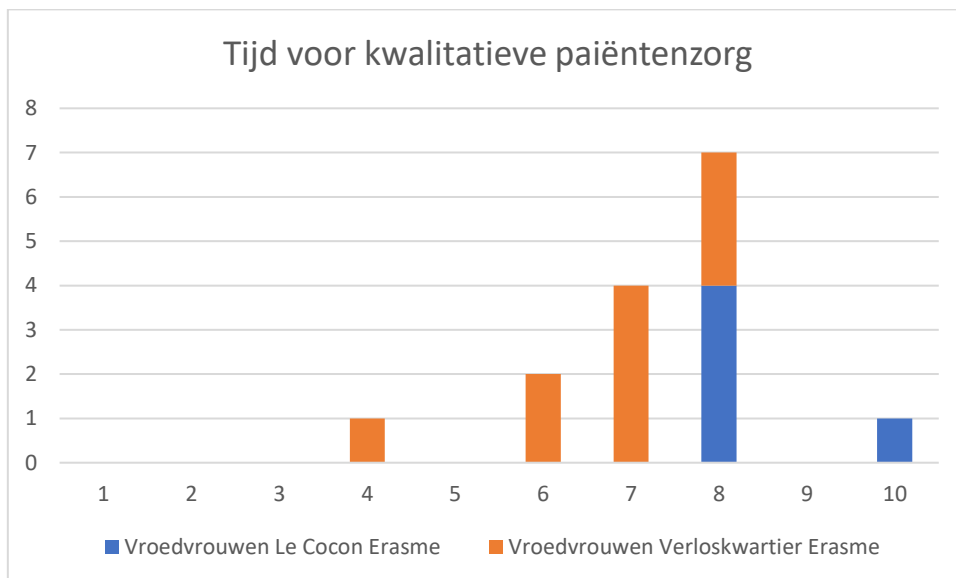
Bij de ene vraag werd de klemtoon geplaatst op het evenwicht tussen de tijd die ze kunnen doorbrengen met de patiënten ten opzichte van de tijd die ze doorbrengen met administratieve taken en in welke mate dit evenwicht door hen als goed ervaren wordt. Hoewel bij de vroedvrouwen van Le Cocon het evenwicht grotendeels als goed ervaren werd, aangezien vier van de vijf vroedvrouwen zeven en acht antwoorden, is dit minder opvallend binnen de antwoorden van de vroedvrouwen van het verloskwartier. Hierbij is er een grote verscheidenheid aan antwoorden. Een te zware werklast, waar het administratieve luik onder kan vallen, zorgt ervoor dat de vroedvrouwen de indruk krijgen dat ze minder tijd bij hun patiënten kunnen doorbrengen. Dit kan een negatieve invloed hebben op de jobtevredenheid (Yoshida & Sandall, 2012). Een beschermende factor tegen burn-out is wanneer er een vertrouwensrelatie opgebouwd kan worden met de (Dixon, et al., 2017).

Bij de andere vraag werd de klemtoon geplaatst op het al dan niet leveren van kwalitatieve zorgen. De vraag was als volgt: "ik vind dat ik voldoende tijd kan spenderen aan kwalitatieve patiëntenzorg." Zoals bij de vorige vraag waren de vroedvrouwen van Le Cocon meer akkoord ten opzichte van de vroedvrouwen van het verloskwartier. Vier vroedvrouwen van Le Cocon duidde acht aan en één vroedvrouw tien. Van de vroedvrouwen van het verloskwartier heeft één vroedvrouw vier aangeduid, hebben twee vroedvrouwen twee aangeduid, vier hebben zeven aangeduid en uiteindelijk hebben drie vroedvrouwen zes aangeduid. Met deze antwoorden kan er gesteld worden dat de vroedvrouwen van Le Cocon meer het gevoel krijgen dat ze kwalitatieve zorgen kunnen leveren ten opzichte van de vroedvrouwen van het verloskwartier. Vroedvrouwen die een positieve interactie hebben met hun patiënten ervaren een hogere jobtevredenheid (Sullivan, Lock, & Homer, 2011).

Illustratie 23

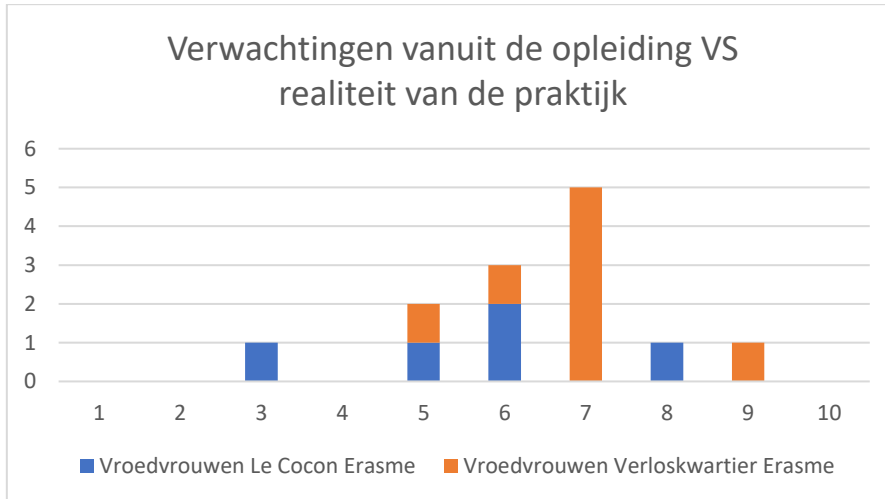


Illustratie 24



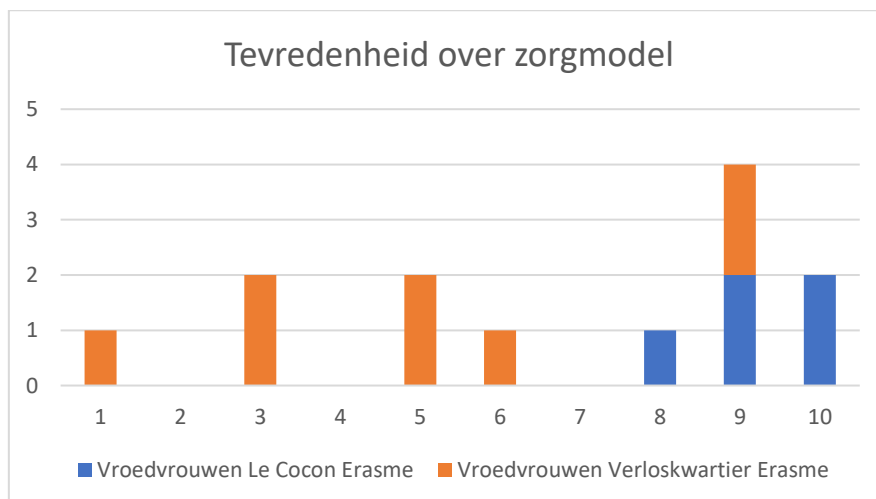
Aangezien er in de literatuurstudie een deel besteed wordt aan het beschrijven van de opleiding en competentieprofiel van de vroedvrouw werd er in de vragenlijst gevraagd of de vroedvrouwen vonden dat de opleiding vroedkunde verwachtingen schept die overeenkomen met de praktijk. Uit de antwoorden kan er niet echt een besluit gemaakt worden aangezien de antwoorden zeer uiteenlopend zijn tussen drie en negen. Uit de antwoorden kunnen we stellen dat er nog verder zou kunnen worden ingegaan op de opleiding en eventuele aanpassingen gebracht kunnen worden. Er moet wel rekening gehouden worden dat een aantal vroedvrouwen die de vragenlijsten hebben ingevuld al lang afgestudeerd zijn en dat de opleiding ondertussen misschien al veranderd is (zie illustratie 25).

Illustratie 25



Ten slotte werd er gevraagd aan de vroedvrouwen of ze tevreden waren van het model waarbinnen ze tewerkgesteld zijn (zie illustratie 26). Bij deze vraag werd het onderscheid gemaakt tussen beide diensten. Tussen een zorgmodel volgens midwifery led care, bij Le Cocon, en een medisch zorgmodel voor de vroedvrouwen van het verloskwartier. Terwijl alle vroedvrouwen van Le Cocon akkoord gingen met deze stelling, met antwoorden tussen acht en tien, heeft de helft van de vroedvrouwen van het verloskwartier een score gegeven gelijk of onder de vijf. Uit de vragenlijsten kunnen we dus stellen dat de jobtevredenheid hoger is binnen Le Cocon dan binnen het verloskwartier.

Illustratie 26



7.5 Beperkingen aan het onderzoek

Het gaat voorbij aan het doel van deze studie om dieper in te gaan op de antwoorden van de deelnemers, doordat er gewerkt werd met een VAS schaal van één tot en met tien. Het zou interessant zijn om ook een interview af te nemen bij de vroedvrouwen. Zo zouden er meer correcte conclusies kunnen getrokken worden omtrent de factoren die de jobtevredenheid beïnvloeden. Er werden maar een beperkt aantal vroedvrouwen bevraagd, door er meer

bevraagd te hebben zouden er meer nauwkeurige resultaten zijn. De vroedvrouwen van het verloskwartier antwoorden allemaal dat ze wekelijks bevallingen uitvoeren. Dat is in de meeste Belgische ziekenhuizen, binnen een medisch zorgmodel, niet het geval. Om die reden kunnen we ook vaststellen dat de antwoorden van vroedvrouwen binnen een medisch zorgmodel, waarbij ze niet op een autonome wijze een bevalling kunnen uitvoeren, kunnen verschillen. Deze verschillende elementen zorgen ervoor dat de resultaten niet representatief zijn voor alle Belgische vroedvrouwen.

7.6 Conclusie

Dit onderzoek werd gevoerd op basis van de beperkte recente literatuur die te vinden is over de jobtevredenheid van de vroedvrouw. Daarbij werden de factoren onderzocht die een invloed kunnen hebben hierop. De voornaamste resultaten worden als volgt nog eens opgesomd.

Alle vroedvrouwen, op één na, zowel van Le Cocon als van het verloskwartier, hebben de gelegenheid om wekelijks of maandelijks zelfstandig een bevalling uit te voeren. Dit is eerder uitzonderlijk voor het verloskwartier dat een medisch zorgmodel is.

Er is een opmerkelijk verschil in het al dan niet competent voelen om autonoom een fysiologische bevallingen uit te voeren. Terwijl ze allemaal wel aanduiden dat ze zich competent genoeg voelen hebben vier van de vijf vroedvrouwen van Le Cocon aangeduid dat ze zich competent genoeg voelen mits ondersteuning van ervaren collega's. Zeven van de tien vroedvrouwen van het verloskwartier vernoemen dat ze die steun niet nodig hebben. Dit kan eventueel in relatie gebracht worden met de scores omtrent het ervaren van steun van collega's. Alle vroedvrouwen van Le Cocon gaven hierbij een hoge score terwijl enkele vroedvrouwen van het verloskwartier een lagere score gaven.

Er blijkt een algemene tevredenheid te zijn voor de vroedvrouwen van beide diensten, in tegenstelling tot de tevredenheid van het zorgmodel waarin ze tewerkgesteld zijn. Alle vroedvrouwen gaven een score hoger dan zeven voor hun jobtevredenheid. Als we het zorgmodel bekijken kan er gesteld worden dat alle vroedvrouwen van Le Cocon tevreden zijn van midwifery led care. Aan de andere kant hebben vijf vroedvrouwen van het verloskwartier een score gegeven onder of gelijk aan vijf. Hieruit kunnen we besluiten dat de tevredenheid over het zorgmodel hoger is bij de vroedvrouwen die werken in Le cocon, binnen een midwifery led care zorgmodel, ten opzichte van de vroedvrouwen van het verloskwartier, het medische zorgmodel.

Alle vroedvrouwen waren het erover eens dat het volgen van bijscholingen van belang is om verantwoorde zorg te verlenen.

De vroedvrouwen van Le Cocon hebben over het algemeen meer het gevoel dat ze de gelegenheid hebben om kwalitatieve patiëntenzorg toe te dienen tegenover de vroedvrouwen van het verloskwartier.

Algemeen besluit

In dit eindwerk werd nagegaan of er een verschil was in de jobtevredenheid tussen de vroedvrouwen van Le Cocon en de vroedvrouwen van het verloskwartier van het Erasmusziekenhuis. Er werd nagegaan of er een verschil is tussen het midwifery led care zorgmodel en het medisch zorgmodel. De literatuurstudie is de wetenschappelijke basis waarop dit besluit is gebaseerd. Samen met het onderzoek, dat werd uitgevoerd in het praktijkdeel, kunnen enkele conclusies worden getrokken.

Er blijken uit de literatuur meerdere factoren een impact te hebben op de jobtevredenheid van de vroedvrouwen. Vroedvrouwen wensen autonomie te ervaren in het uitoefenen van hun job. Dit geeft hen de gelegenheid hun competenties ten volle te benutten, competenties die vastgelegd zijn binnen hun beroepsprofiel. Voldoende opleidingsopportunities, door middel van bijscholingen horen hier ook bij. Deze zijn in de vragenlijsten ook belangrijk gebleken om verantwoorde zorg te verlenen.

Een goede communicatie met collega vroedvrouwen en artsen is een factor dat een hoge jobtevredenheid met zich meebrengt. Dit ook met directie en managers. Hiernaast is de relatie met patiënten eveneens belangrijk. De vroedvrouwen ervaren een grote tevredenheid wanneer ze het gevoel hebben een goede relatie te hebben met de patiënten.

Burnout is een belangrijk element gebleken uit deze studie waarbij flexibiliteit in de werkuren, het ervaren van autonomie, relatie met collega's en patiënten een grote rol spelen. Het is evident dat burnout in relatie staat met jobtevredenheid.

Continuïteit kunnen bieden in de zorg heeft een positieve invloed op zowel de patiënten als de jobtevredenheid van de vroedvrouwen. Dit is mogelijk bij midwifery led care maar niet bij het medisch zorgmodel.

Om tot slot een antwoord te formuleren op de vraag of de jobtevredenheid van de vroedvrouwen hoger is bij vroedvrouwen die tewerkgesteld zijn binnen midwifery led care ten opzichte van de vroedvrouwen die tewerkgesteld zijn binnen het medisch zorgmodel kan er besloten worden dat dit het geval is. In België is het medisch zorgmodel nog steeds het meest aanwezig maar niet te min is midwifery led care een zorgmodel dat zijn voordelen heeft voor de vroedvrouw en waarvan een verdere evolutie zijn voordelen zou hebben.

Literatuurlijst

- Bowers, J., Cheyne, H., Mould, G., & Page, M. (2014, Mei 13). Continuity of care in community midwifery. *Health care management science*, pp. 195-204.
- Carter, M. R., & Tourangeau, A. E. (2012, Februari 4). staying in nursing: what factors determine wheter nurses intend to remain employed. *journal of advanced nursing*, pp. 1589-1600.
- Casey, M., Saunders, J., & O'Hara, T. (2009, Juli 17). Impact of critical social empowerment on psychological empowerment and job satisfaction in nursing and midwifery settings. *Journal of nursing management*, pp. 24-34.
- Collins, C. T., Fereday, J., Pincom, J., Oster, C., & Turnbull, D. (2008, September 27). An evaluation of the satisfaction of midwives's working in midwifery group practice. *Midwifery*, pp. 435-441.
- Cummins , A., Catling, C., & Homer, C. (2017, November 21). Enabling new graduate midwives to work in midwifery continuity of care models: a conceptual model for implementation. *Women and birth*.
- Cummins, A., Homer, C., & Denney-Wilson, E. (2014, December 31). The experience of new graduate midwives working in midwifery continuity of care models in Australia. *Miwifery*, pp. 438-444.
- De Brouwer, J. (2012-2013). De visie van de vlaamse vroedvrouw op de actuele invulling van haar beroep . [*Masterproef*] , pp. 1-51.
- Decabooter, K. (2015). Mixed method onderzoek naar de tevredenheid over de zorg in een midwifery led care afdeling. *Masterproef*, pp. 1-93.
- Dixon, L., Guilliland, K., Pallant, J., Sidebotham, M., Fenwick, J., Mc Ara Couper, J., & Gilkison, A. (2017). The emotional wellbeing of new zealand midwives: comparing responses for midwives in caseloading and shift work settings. *New Zealand college of midwives journal*, pp. 5-14.
- Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2017, Juni 9). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: a comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and Birth*, pp. 38-43.
- FOD. (Geraadpleegd in maart 2019). *Welzijn op het werk*. Opgehaald van Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg: http://www.werk.belgie.be/welzijn_op_het_werk.aspx
- Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery . *Midwifery*, pp. 261-272.
- Jarosova, D., Gurkova, E., Palese, A., Godeas, G., Ziakova, K., Song, M., . . . Nedvedova, D. (2014, September 21). Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multinational cross sectional survey. *Journal of Nursing Management*, pp. 70-79.

- Khavayet, F., Tahery, N., Ahvazi, M. A., & Tabnak, A. (2017, Oktober 28). A survey of job satisfaction among midwives working in hospitals. *journal of midwifery reproductive health*, pp. 1186-1192.
- Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., & Foureur, M. (2011, Augustus 4). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and birth*, pp. 26-32.
- Murrells, T., Robinson, S., & Griffiths, P. (2008, Juni 5). Job satisfaction trends during nurses' early career. *BMC nursing*, pp. 1-13.
- Ngozi, M., & Owgo, J. (2014). Leadership practices influence job satisfaction. *Nursing critical care*, pp. 33-36.
- Overgaard, C., Møller, A., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L. B., & Sandall, J. (2011, Augustus 19). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ Open*, pp. 1-11.
- Preserving the nursing workforce: the importance of job satisfaction in early career. (2008, Maart 8). *King's college London*.
- Reiger, K. M., & Lane, K. L. (2009). Working together: collaboration between midwives and doctors in public hospitals. *Australian health review*, pp. 315-324.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016, April). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Library*, pp. 1-73.
- Sullivan, K., Lock, L., & Homer, C. S. (2011, Januari 28). Factors that contribute to midwives in staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales. *Midwifery*, pp. 331-335.
- VBOV. (Geraadpleegd in maart 2019). *Beroepsprofiel*. Opgehaald van VBOV: <https://www.vroedvrouwen.be/sites/default/files/Beroepsprofiel%2012%2005-1.pdf>
- VBOV. (Geraadpleegd in maart 2019). *Bijscholing*. Opgehaald van VBOV: <https://www.vroedvrouwen.be/nl/bijscholing>
- Warmelink, C., Hoijsink, K., Noppers, M., Wiegers, T. A., De Cock, P. T., Klomp, T., & Hutton, E. (2014, December 20). An explorative study of factors contributing to the job satisfaction of primary care midwives. *Midwifery*, pp. 482-486.
- Y.W. Wong, C., He, H.-G., Shorey, S., & S.L. Koh, S. (2017, September 13). An integrative literature review on midwives' perceptions on the facilitators and barriers of physiological birth. *Wiley*, pp. 1-15.
- Yoshida, Y., & Sandall, J. (2012, November 5). Occupational burnout and work factors in community and hospital midwives: a survey analysis. *Midwifery*, pp. 921-926.

8 Bijlagenlijst

Bijlage A: vragenlijst en informed consent FR

Bijlage B: vragenlijst en informed consent NL

Bijlage A: vragenlijst en informed consent FR

Gand, 1 février 2019



FORMULAIRE D'INFORMATION:

La satisfaction que la sage-femme éprouve au travail dans un système de soins selon « midwifery led care » par rapport au système de soins médicalisé.

Cher participant

Situation

Je suis étudiante en 3^{ème} année du bachelier de sage-femme. Dans le cadre de mes études j'étudie quelles sont les différences entre la satisfaction au travail entre les sages-femmes qui travaillent dans un modèle « midwifery led care » par rapport à celles qui travaillent dans un modèle hospitalier médicalisé.

But

Dans le cadre de cette recherche je souhaite, par le biais d'un questionnaire structuré créer un aperçu dans la satisfaction que la sage-femme perçoit dans le cadre de son travail et comparer ses données la avec les données qui sont actuellement décrites dans la littérature.

Dans ce questionnaire je me tourne vers les sages-femmes du cocon ainsi que vers les sages-femmes qui travaillent en salle d'accouchement à l'hôpital d'Erasmus. Il vous faudra environ 15minutes pour remplir ce questionnaire. Pour quelques questions vous aurez la possibilité d'indiquer un chiffre entre 1 et 10. Le 1 signifie que vous n'êtes pas du tout d'accord et le 10 signifie que vous approuvez totalement la question.

Avantages

Cette recherche ne vous apportera pas d'avantages direct, cependant les résultats obtenus peuvent vous apporter des informations intéressantes.

Confidentialité

Le questionnaire vous sera seulement proposé sur papier. Le remplissage et le traitement de vos données sera totalement anonyme. Il n'y a pas de questions dans le questionnaire qui permettent de vous identifier après l'aboutissement de cette recherche. Ainsi votre vie privée est respectée, en concordance avec la Loi Belge du 8 décembre 1992.

Les données sont conservées et traitées dans l'environnement sécurisé de la haute école Arteveldehogeschool à Gand. Si désiré, l'officier protecteur de data peut vous faire parvenir plus d'informations sur la protection de vos données personnelles (gdprstuurgroep@arteveldehs.be).

Volontariat

Votre participation est totalement bénévole et même au moment où vous remplissez le questionnaire vous êtes en droit d'arrêter, sans devoir donner une raison.

Votre accord

Nous vous demandons amicalement si vous êtes d'accord de participer à ce questionnaire. Si vous êtes d'accord nous vous demandons de signer le formulaire d'autorisation sur les pages de 3 à 6 de ce document et ensuite de le dater et de le signer. Seulement après cela vous pouvez remplir le questionnaire

Au cas où vous auriez encore certaines questions, n'hésitez pas à me contacter moi ou mon promoteur.

Je vous remercie d'avance de prendre ma question en considération.

Mes meilleures salutations,

FORMULAIRE D'AUTORISATION : La satisfaction que la sage-femme éprouve au travail dans un
Noa Mottard

Étudiante en 3^{ème} année de sage-femme, Arteveldehogeschool Gand.

E-mail: noamottard@hotmail.com

Tel.: +32 (0) 487 62 85 63

Sous l'accompagnement de

Mw. Sophie Accou

Promoteur interne

E-mail : sophie.accou@arteveldehs.be

dr. Veerle De Frène

Responsable des TFE

E-mail: Veerle.defrene@arteveldehs.be

Tel.: [+32 \(0\) 499 21 49 51](tel:+3220499214951)

système de soins selon « midwifery led care » par rapport au système de soins médicalisé.

Moi,(nom et nom de famille du participant)

Déclare (cocher chaque case "pour accord"):

- Avoir lu et compris le formulaire d'information à propos de cette étude (pages 1 et 2) et j'en ai obtenu une copie. Dans celle-ci j'ai reçu des explications à propos de la nature, le but et la durée du questionnaire ainsi que sur ce qu'on attend de moi.
- Avoir eu l'occasion de poser des questions à propos de l'étude menée et avoir eu des réponses adéquates.
- Avoir compris que la participation à cette étude était sur base volontaire et que à tout moment je peux me rétracter sans devoir donner une raison et sans que ça ait de quelconques conséquences.
- Qu'on m'ait informé que les données rassemblées durant cette étude seront traitées et conservé pendant 3 ans. J'approuve cela et je suis au courant que j'ai le droit à l'accès et à la modification de ces données. Vu que mes données sont traitées dans le cadre d'une étude medico-scientifique, je comprends que la modification de mes données pourrait être reporté au moment de la fin de l'étude. Au cas ou je souhaite avoir accès à mes données je me dirigerai vers l'étudiante et son promoteur qui sont responsable pour le traitement de mes données
- Mon accord de participation à cette étude.

Nom et prénom du participant:

Date: février 2019

Signature:

Nom et prénom de la personne qui a donnée des informations à propos de cette étude: Noa Mottard

Date: février 2019

Signature:

Moi, Noa Mottard

Déclare (cocher chaque case "pour accord"):

- qu'il n'y a aucune pression qui sera exercée sur les participants pour le ou la faire participer à cette étude et que je suis prête à répondre à d'éventuelles questions complémentaires.
- avoir donné la possibilité aux participants de me poser des questions concernant cette étude.

Date: février 2019

Signature:

Deux copies doivent être remplies, l'original est conservé dans le cadre sécurisé de la haute école Artevelde à Gand et cela pendant 3 ans. L'autre copie est destinée au participant

FORMULAIRE D'AUTORISATION : La satisfaction que la sage-femme éprouve au travail dans un système de soins selon « midwifery led care » par rapport au système de soins médicalisé.

Moi,(nom et nom de famille du participant)

Déclare (cocher chaque case "pour accord"):

- Avoir lu et compris le formulaire d'information à propos de cette étude (pages 1 et 2) et j'en ai obtenu une copie. Dans celle-ci j'ai reçu des explications à propos de la nature, le but et la durée du questionnaire ainsi que sur ce qu'on attend de moi.
- Avoir eu l'occasion de poser des questions à propos de l'étude menée et y avoir eu des réponses adéquates.
- Avoir compris que la participation à cette étude était sur base volontaire et que à tout moment je peux me rétracter sans devoir donner une raison et sans que ça ait de quelconques conséquences.
- Qu'on m'ait informé que les données rassemblées durant cette étude seront traitées et conservé pendant 3 ans. J'approuve cela et je suis au courant que j'ai le droit à l'accès et à la modification de ces données. Vu que mes données sont traitées dans le cadre d'une étude medico-scientifique, je comprends que la modification de mes données pourrait être reporté au moment de la fin de l'étude. Au cas ou je souhaite avoir accès à mes données je me dirigerai vers l'étudiante et son promoteur qui sont responsable pour le traitement de mes données
- Mon accord de participation à cette étude.

Nom et prénom du participant:

Date: février 2019

Signature:

Nom et prénom de la personne qui a donnée des informations à propos de cette étude: Noa Mottard

Date: février 2019

Signature

Moi, Noa Mottard

Déclare (cocher chaque case "pour accord"):

- qu'il n'y a aucune pression qui sera exercée sur les participants pour le ou la faire participer à cette étude et que je suis prête à répondre à d'éventuelles questions complémentaires.
- avoir donné la possibilité aux participants de me poser des questions concernant cette étude.

Date: février 2019

Signature:

Deux copies doivent être remplies, l'original est conservé dans le cadre sécurisé de la haute école Artevelde à Gand et cela pendant 3 ans. L'autre copie est destinée au participant.

Questionnaire : La satisfaction que la sage-femme éprouve au travail dans un système de soins selon « midwifery led care » par rapport au système de soins médicalisé.

Quel âge avez-vous ?

- 20-30 ans
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 51- 60 ans
- > 60 ans

Vous travaillez à quelle fréquence dans ce service ?

- <50%
- 50%
- Entre 50% et 100%
- 100%

Depuis combien de temps travaillez-vous en tant que sage-femme ?

- <5ans
- 5 à 10 ans
- >10 ans

Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

- <5 ans
- 5- 10 ans
- 11-20 ans

- 21-30 ans
- >30 ans

À côté du travail que vous faites dans ce service, exercer vous un autre travail pour le moment ?
Si oui, lequel :

- Groupe libérale
- Autre service dans l'hôpital ? Si oui, lequel ?
- Autre:

Si vous avez déjà travaillé autre part, c'était ou?

- Groupe libérale
- À l'hôpital, dans quel service?
- Autre:

Avec les connaissances et les compétences acquises dans ma formation je me sens/sentais apte pour :

- Travailler de manière indépendante (pas sous la supervision d'un médecin gynécologue)
- Travailler de manière indépendante à conditions de recevoir du soutien de collègues sage-femme expérimentées
- Travailler sous la surveillance et la supervision d'un médecin gynécologue.
- Autre:

Au cas où vous ne vous sentez pas apte à travailler de manière indépendante quelles sont les choses dont vous avez besoin pour vous sentir apte ? Veuillez formuler votre réponse ci-dessous.

-
-
-

Faites-vous parfois des accouchements de manière autonome?

- Oui, toutes les semaines
- Oui, tous les mois
- Oui, quelques fois sur une année
- Non, jamais

Si c'est le cas, c'était parce que:

- Le gynécologue est arrivé en retard
- Dans l'institution dans laquelle on travaille on a la possibilité de faire des accouchements physiologiques en tant que sage-femme avec la présence d'un gynécologue.
- Dans l'institution dans laquelle on travaille on a la possibilité de faire des accouchements de manière autonome en tant que sage-femme, même s'il y a un gynécologue présent dans l'enceinte de l'hôpital.

Pour les questions qui suivent ci-dessous vous devez répondre sur une échelle de 1 à 10. Le 1 signifie que vous n'êtes pas du tout d'accord et le 10 signifie que vous approuvez totalement la question.

Je suis satisfaite du travail que je fais.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Si ce n'est pas le cas, c'est parce que:

- La sage-femme n'a pas assez son mot à dire dans le processus de soins de la femme enceinte.
- L'obstétrique est trop médicalisé
- La sage-femme ne reçoit pas assez d'autonomie par rapport à ses compétences.
- Autre :

Je trouve que je suis assez compétente en tant que sage-femme pour accompagner de manière autonome la femme enceinte sans pathologie durant la grossesse, l'accouchement et le début de parentalité.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je trouve qu'en tant que sage-femme j'ai l'occasion de trouver un bon équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie privé/sociale.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je trouve que mon salaire est cohérent par rapport à la part de responsabilité que je porte.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

J'ai l'occasion de revenir sur mes expériences professionnelles avec mes collègues sages-femmes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je me sens soutenue par la chef de service, les managers, la direction, ...

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je me sens soutenue par mes collègues sages-femmes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

J'ai l'occasion de suivre des workshops ou des journées éducatives que je choisis par rapport à mes domaines d'intérêt personnelles, de façon de me perfectionner professionnellement. Celles-ci peuvent être interne et externe.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Si c'est le cas, je trouve que ses journées éducatives sont utiles et indispensables pour pouvoir exercer mon travail de manière responsable.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je trouve que dans le cadre de l'obstétrique physiologique on peut parler de hiérarchie entre le médecin et la sage-femme.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je trouve qu'il y a un bon équilibre entre le temps que je passe avec mes patients et le temps que je passe à la partie administrative.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je trouve que je peux passer suffisamment de temps avec mes patientes, afin de leur donner des soins qualitatifs.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je trouve que la formation de sage-femme crée des attentes qui correspondent au travail de sage-femme.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Je suis satisfaite du model dans lequel je travail. Si je travaille dans la salle d'accouchement c'est une model de soins médicalisés, si je travaille au cocon c'est un modèle de soins selon « midwifery led care ».

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Merci de votre participatio

Bijlage B: vragenlijst en informed consent NL

Gent, 1 februari 2019



INFORMATIEFORMULIER:

De jobtevredenheid van de vroedvrouw werkzaam in het midwifery led care zorgmodel versus het medisch zorgmodel.

Beste deelnemer

Situering

In het kader van mijn opleiding ga ik als studente van het 3e jaar vroedkunde bestuderen wat de verschillen zijn in de jobtevredenheid tussen de vroedvrouwen die werken in een midwifery led care zorgmodel ten opzichte van de vroedvrouwen die werken in een medisch zorgmodel.

Doel

In dit onderzoek wens ik via een gestructureerde vragenlijst inzicht te krijgen in de jobtevredenheid van de vroedvrouw en dit vergelijken met de reeds bestaande literatuur.

Ik richt mij in deze bevraging zowel tot vroedvrouwen van Le Cocon als tot de vroedvrouwen van het verloskwartier van het Erasmus ziekenhuis in Brussel. Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer 15 minuten in beslag nemen. Voor een aantal vragen heeft u de mogelijkheid om te antwoorden op een schaal van 0 tot 10 waarbij 1 staat voor helemaal niet akkoord en 10 staat voor helemaal akkoord.

Voordelen

Dit onderzoek zal voor u persoonlijk geen direct voordeel opleveren. De bekomen resultaten kunnen echter voor u ook interessante informatie opleveren.

Vertrouwelijkheid

De vragenlijst wordt enkel op papier aangeboden. Het invullen ervan alsook de verwerking van de gegevens gebeurt anoniem. Er worden in de vragenlijst geen vragen gesteld die het mogelijk maken om u na afloop van het onderzoek te kunnen identificeren. Daardoor wordt uw privacy gerespecteerd, in overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992.

De gegevens worden verwerkt en gedurende 3 jaar bewaard binnen de beveiligde omgeving van de Arteveldehogeschool Gent. De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens (gdprstuurgroep@arteveldehs.be).

Vrijwilligheid

Uw medewerking is geheel vrijwillig en u bent ook tijdens het invullen van de vragenlijst vrij om uw deelname stop te zetten zonder daarvoor een reden te moeten opgeven.

Uw toestemming

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan deze vragenlijst. Als u toestemt, vragen wij u om het toestemmingsformulier op pagina 3 t.e.m. 6 van dit document in te vullen, te dateren, en te ondertekenen. Daarna pas kan het interview worden afgenomen.

Indien u verder nog vragen heeft over dit onderzoek, twijfel dan niet om contact met mij of mijn begeleider op te nemen.

Alvast bedankt om mijn vraag in overweging te nemen.

Met vriendelijke groeten,

Noa Mottard

Student opleiding Bachelor in de Vroedkunde, Arteveldehogeschool Gent

E-mail: noamottard@hotmail.com

Tel.: +32 (0) 487 62 85 63

Onder leiding van

Mw. Sophie Accou

Interne promotor

E-mail : sophie.accou@arteveldehs.be

dr. Veerle De Frène

Verantwoordelijke bachelorproeven

E-mail: Veerle.defrene@arteveldehs.be

Tel.: [+32 \(0\) 499 21 49 51](tel:+32214951)

TOESTEMMINGSFORMULIER: De jobtevredenheid van de vroedvrouw werkzaam in het midwifery led care zorgmodel versus het medisch zorgmodel.

Ik,(naam en voornaam van de deelnemer)

Verklaar (vink elk item aan "voor akkoord"):

- het informatieformulier over dit onderzoek (pg. 1 tot en met pg. 2) te hebben gelezen en begrepen, en ik heb er een kopij van ontvangen. Hierin kreeg ik uitleg over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
- de gelegenheid te hebben gekregen om vragen te stellen over het onderzoek en deze werden goed beantwoord.
- te hebben begrepen dat een deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit deze studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben.
- dat men mij heeft ingelicht dat de gegevens die worden verzameld tijdens deze studie worden verwerkt en bewaard gedurende 3 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na het beëindigen van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de student en haar begeleider die verantwoordelijk zijn voor de verwerking ervan.
- erin toe te stemmen om deel te nemen aan dit onderzoek.

Naam en voornaam van de deelnemer:

Datum: februari 2019

Handtekening:

Naam en voornaam van de persoon die uitleg gaf over de studie: Noa Mottard

Datum: februari 2019

Handtekening:

Ik, Noa Mottard

(vink elk item aan “voor akkoord”):

- Bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om eventuele bijkomende vragen te beantwoorden.
- Bevestig dat ik de gelegenheid gaf aan de deelnemer om mij vragen te stellen over deze studie.

Datum: februari 2019

Handtekening:

Twee kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard binnen de beveiligde omgeving van de Arteveldehogeschool te Gent en dit gedurende 3 jaar. De kopie wordt aan de deelnemer meegegeven.

TOESTEMMINGSFORMULIER: De jobtevredenheid van de vroedvrouw werkzaam in het midwifery led care zorgmodel versus het medisch zorgmodel.

Ik,(naam en voornaam van de deelnemer)

Verklaar (vink elk item aan "voor akkoord"):

- het informatieformulier over dit onderzoek (pg. 1 tot en met pg. 2) te hebben gelezen en begrepen, en ik heb er een kopij van ontvangen. Hierin kreeg ik uitleg over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
- de gelegenheid te hebben gekregen om vragen te stellen over het onderzoek en deze werden goed beantwoord.
- te hebben begrepen dat een deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit deze studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben.
- dat men mij heeft ingelicht dat de gegevens die worden verzameld tijdens deze studie worden verwerkt en bewaard gedurende 3 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na het beëindigen van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de student en haar begeleider die verantwoordelijk zijn voor de verwerking ervan.
- erin toe te stemmen om deel te nemen aan dit onderzoek.

Naam en voornaam van de deelnemer:

Datum: februari 2019

Handtekening:

Naam en voornaam van de persoon die uitleg gaf over de studie: Noa Mottard

Datum: februari 2019

Handtekening:

Ik, Noa Mottard

(vink elk item aan “voor akkoord”):

- Bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om eventuele bijkomende vragen te beantwoorden.
- Bevestig dat ik de gelegenheid gaf aan de deelnemer om mij vragen te stellen over deze studie.

Datum: februari 2019

Handtekening:

Twee kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard binnen de beveiligde omgeving van de Arteveldehogeschool te Gent en dit gedurende 3 jaar. De kopie wordt aan de deelnemer meegegeven.

VRAGENLIJST: De jobtevredenheid van de vroedvrouw werkzaam in het midwifery led care zorgmodel versus het medisch zorgmodel.

Hoe oud bent u ?

- 20-30 jaar
- 31-40 jaar
- 41-50 jaar
- 51- 60 jaar
- > 60 jaar

Voor hoeveel procent bent u tewerkgesteld binnen deze dienst?

- <50%
- 50%
- Tussen 50% en 100%
- 100%

Hoelang werkt u reeds als vroedvrouw?

- < 5 jaar
- Tussen de 5 en 10 jaar
- > 10 jaar

Hoelang werkt u op deze dienst?

- < 5 jaar
- 5-10 jaar
- 11-20 jaar
- 21-30 jaar

- > 30 jaar

Naast uw job op deze afdeling, werkt u momenteel nog ergens anders? Zo ja, waar:

- Zelfstandige praktijk
- Andere dienst in het ziekenhuis, en welke?
- Andere:

Als u ooit ergens anders werkte, waar was dit dan?

- Zelfstandige praktijk
- Ziekenhuis, en welke afdeling ?
- Andere:

Met de kennis en vaardigheden die ik in de opleiding leerde, voel/voelde ik me competent genoeg om:

- Zelfstandig (niet onder toezicht van een gynaecoloog) te werken.
- Zelfstandig te werken, mits ondersteuning van meer ervaren collega-vroedvrouwen.
- Te werken onder toezicht en controle van een gynaecoloog.
- Andere.....

In het geval dat u zich niet competent genoeg voelt om zelfstandig te werken wat zijn dan de zaken die u hiervoor zou nodig hebben? Gelieve hieronder uw antwoord te formuleren.

.....

.....

.....

Doet u wel eens zelfstandig een bevalling?

- Ja, wekelijks
- Ja, maandelijks
- Ja, enkele keren op een jaar of minder
- Neen, nooit

Zo ja, dan is dit omdat:

- De gynaecoloog te laat was.
- Het in onze instelling mogelijk is dat de vroedvrouw de fysiologische bevalling doet in de aanwezigheid van de gynaecoloog.
- Het is in onze instelling mogelijk dat de vroedvrouw autonoom de fysiologische bevalling doet, zelfs al is er een gynaecoloog aanwezig in de instelling.

Hieronder volgen een aantal vragen om te beantwoorden op een schaal van 0 tot 10 waarbij 1 staat voor helemaal niet akkoord en 10 staat voor helemaal akkoord.

Ik ben tevreden met de actuele invulling van mijn beroep.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Zo niet, omdat:

- De vroedvrouw te weinig inspraak heeft in het zorgproces van de zwangere.
- De verloskunde te sterk gemedicaliseerd wordt.
- De vroedvrouw te weinig zelfstandigheid krijgt in het uitvoeren van haar competenties.
- Anderen:

Ik voel me als vroedvrouw competent genoeg om de zwangere zonder pathologie zelfstandig te begeleiden doorheen de zwangerschap, de bevalling en het prille ouderschap:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik vind dat ik als vroedvrouw de gelegenheid heb om een goed evenwicht te vormen tussen mijn professioneel leven en mijn privé/sociaal leven.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik vind dat mijn loon voldoende is ten opzichte van mijn verantwoordelijkheid.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik krijg de mogelijkheid om samen met mijn collega-vroedvrouwen te reflecteren over de manier waarop ik mijn beroep invulling geef.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik voel mij gesteund door de hoofdvroedvrouw en andere verantwoordelijke van de dienst (managers, directie, ...).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik voel mij gesteund door mijn collega-vroedvrouwen.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik krijg de kans om mij bij te scholen door studiedagen of workshops te volgen dat ik kies uit interesse. Dit kan zowel gaan over interne als externe studiedagen.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Indien dit het geval is, vind ik deze bijscholingen nuttig en noodzakelijk om verantwoorde zorg te verlenen.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik vind dat er binnen de fysiologische verloskunde sprake is van hiërarchie tussen de arts en de vroedvrouw.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik vind dat er een goed evenwicht is tussen de tijd die ik spendeer aan direct patiëntencontact en de tijd die ik spendeer aan administratieve taken.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik vind dat ik voldoende tijd kan spenderen aan kwalitatieve patiëntenzorg.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik vind dat de opleiding vroedkunde verwachtingen schept die overeenkomen met de praktijk.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ik ben tevreden over het model waarin ik tewerkgesteld ben. Indien ik op het verloskwartier werk is dit een gemedicaliseerd zorgmodel en indien ik in Le Cocon werk is dit een zorgmodel volgens "Midwifery Led Care".

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Alvast bedankt voor uw deelname aan dit onderzoek.