

Burn-out bij de vroedvrouw in het ziekenhuis

Impact op de kwaliteit van de zorg, preventie en re-integratie

Bachelorproef tot het bekomen van de graad van Bachelor in de Vroedkunde	
Voorgedragen door Camille Hendrickx	
Academiejaar	2024 - 2025
Externe promotor	Mw. Isabel D'Hoker
Interne promotor	Mw. Helga Berghman

Abstract

Burn-out bij de vroedvrouw in het ziekenhuis	
Promotiejaar:	2025
Student:	Camille Hendrickx
Externe promotor:	Mw. Isabel D'Hoker
Interne promotor:	Mw. Helga Berghman
Trefwoorden:	Burn-out, vroedvrouwen, preventie
Burn-out onder vroedvrouwen in ziekenhuizen vormt een groeiend probleem dat niet alleen het welzijn van de zorgverleners bedreigt, maar ook de kwaliteit van de verstrekte zorg significant vermindert. Deze bachelorproef onderzoekt de impact van burn-out op vroedvrouwen en de directe en indirecte gevolgen voor de patiëntenzorg. Centraal staat de vraag: <i>Welke maatregelen kunnen de impact van burn-out bij vroedvrouwen op de kwaliteit van de zorg verkleinen?</i> Door een uitgebreide literatuurstudie en analyse van bestaande preventie- en re-integratiestrategieën wordt een overzicht geboden van effectieve interventies op micro-, meso- en macroniveau. Daarnaast wordt een preventiebrochure ontwikkeld, gericht op vroedvrouwen en hun leidinggevenden, met praktische tips voor vroegtijdige herkenning en zelfzorg. Uit de bevindingen blijkt dat factoren zoals werkdruk, emotionele belasting en persoonlijke kenmerken bijdragen aan de ontwikkeling van burn-out. Daarnaast worden de negatieve gevolgen voor de zorgkwaliteit benadrukt, waaronder verminderde empathie, toename in fouten en een hogere intentie om het beroep te verlaten. Het belang van preventieve maatregelen en ondersteuning is evident om de veerkracht van vroedvrouwen te versterken en de zorgstandaard te waarborgen. Concluderend onderstrepen de resultaten dat een holistische aanpak, gericht op zowel preventie als re-integratie, essentieel is om burn-out te voorkomen en de continuïteit en kwaliteit van de verloskundige zorg te garanderen.	

Inhoudsopgave

Abstract.....	3
Inhoudsopgave.....	5
Woord vooraf.....	7
Inleiding.....	8
1 Algemeen kader.....	10
1.1 Definitie.....	10
1.2 Symptomen.....	11
1.3 Diagnosestelling	13
1.4 Prevalentie van burn-out bij vroedvrouwen	14
2 Oorzaken vanuit de verloskunde	15
2.1 Jobeisen	17
2.1.1 Hoge werkdruk	17
2.1.2 Werken in shiften.....	18
2.1.3 Gebrek aan controle en autonomie	18
2.1.4 Traumatische perinatale gebeurtenissen en PTS	19
2.2 Afwezigheid van jobhulpbronnen	20
2.3 Afwezigheid van persoonlijke hulpbronnen.....	20
2.3.1 Eigen grenzen onbewust overschrijden	21
2.3.2 Nature vs. Nurture	21
2.3.3 Leeftijd	22
2.3.4 Gezinssituatie	22
2.4 Besluit.....	23
3 Gevolgen voor de kwaliteit van de zorg.....	23
3.1 Rechtstreekse gevolgen	23
3.1.1 Kwaliteit fysieke zorg.....	23
3.1.2 Kwaliteit mentale en emotionele zorg	24
3.2 Onrechtstreekse gevolgen.....	25
3.2.1 Attitudes en organisatiegedrag	25
3.2.2 Verhoogd risico op uitval	26
4 Preventie van burn-out.....	26

4.1	Micro-niveau	27
4.1.1	Individuele maatregelen	27
4.1.2	Groepsgerichte maatregelen	28
4.2	Meso-niveau	29
4.3	Macro-niveau.....	30
4.4	Het belang van de opleiding vroedkunde	31
5	Re-integratie na burn-out.....	33
5.1	Fasen doorheen re-integratie	33
5.2	Individuele handvaten.....	34
5.3	De rol van het meso-niveau	35
5.4	De rol van het macro-niveau	35
6	Praktijkdeel.....	37
7	Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw.....	39
	Algemeen besluit	40
	Literatuurlijst	41
	Bijlage.....	45
	Bijlage 1.....	46
	Bijlage 2.....	47

Woord vooraf

Met veel plezier neem ik de gelegenheid om mijn dankwoord op te nemen in deze bachelorproef, waarmee ik terugkijk op een intensief, maar bijzonder leerrijk traject. Graag wil ik hierbij enkele personen expliciet bedanken die een belangrijke steun en/of inhoudelijke bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van deze scriptie.

Allereerst wil ik mijn oprechte dank uitspreken aan mijn beide promotoren, mevrouw Isabel D'Hoker en mevrouw Helga Berghman, voor hun deskundige begeleiding, waardevolle feedback en voortdurende steun gedurende het hele proces. Hun kritische blik, wetenschappelijke expertise en constructieve feedback waren onmisbaar voor het succes van deze bachelorproef.

Daarnaast wil ik mijn medestudenten, ouders, vrienden en familie bedanken voor hun blijvende steun, bemoedigende woorden en het luisterend oor tijdens de uitdagende momenten doorheen de voorbije opleidingsjaren. Zonder hun betrokkenheid en vertrouwen had ik ook deze bachelorproef niet kunnen voltooien.

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

Gent, mei 2025

Inleiding

Vroedvrouwen staan dagelijks aan het begin van nieuw leven. Een geboorte is niet alleen een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt, maar ook voor de zorgverlener. Voor vroedvrouwen is dit moment bijzonder intens, door de sterke emotionele betrokkenheid en het psychologische werk dat hun rol vereist. Deze unieke combinatie maakt het beroep enerzijds buitengewoon waardevol, maar anderzijds ook kwetsbaar. De constante wisselwerking tussen ratio en gevoel vraagt om een delicate balans. Wanneer deze balans verstoord raakt, kan dit op lange termijn leiden tot uitputting en burn-out.

Burn-out is voor mij persoonlijk een bekend thema, gezien mijn beide ouders hiermee te maken hebben gehad. Hierdoor is burn-out binnen mijn familie eerder een vertrouwd onderwerp geworden. Deze persoonlijke ervaring vormde een belangrijke drijfveer om mijn bachelorproef aan burn-out te wijden. De situatie van mijn ouders heeft niet alleen mijn interesse gewekt in de aandoening zelf, maar ook in de bredere sociale, psychologische en maatschappelijke aspecten ervan.

Tijdens mijn stage hoorde ik enkele vroedvrouwen onderling over hun ervaringen met burn-out praten. Hun verhalen lieten mij verder nadenken over hoe burn-out de kwaliteit van zorg kan beïnvloeden. Dit bracht me tot de centrale onderzoeksvraag van deze bachelorproef: “Welke maatregelen kunnen de impact van burn-out bij vroedvrouwen op de kwaliteit van de zorg verkleinen?” Door deze vraag te onderzoeken, hoop ik enkele mogelijke oplossingen te beschrijven, zowel met het oog op preventie als op re-integratie.

De wetenschap ziet een toename van burn-out en richt zich vaak op de oorzaken van dit fenomeen (Atroszko et al., 2020). In deze bachelorproef ligt de focus echter op maatregelen die vroedvrouwen, werkzaam in ziekenhuizen, kunnen nemen om burn-out te voorkomen. Het doel is een overzicht te bieden van bestaande en potentiële strategieën die bijdragen aan de vermindering van burn-out en daarmee de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden (Albendín-García et al., 2021).

Doorheen de bachelorproef worden verschillende onderzoeksvragen behandeld die een compacte, samenhangende visie op het onderwerp bieden. De lezer zal allereerst inzicht krijgen in het algemeen kader van het begrip burn-out. Enkele vragen die hierbij aan bod komen, zijn: *Wat is burn-out? Hoe wordt burn-out in de literatuur omschreven? Welke symptomen bestaan er? Hoe kan men burn-out diagnosticeren? Wat is de prevalentie van burn-out bij vroedvrouwen?*

In het tweede hoofdstuk ligt de nadruk op de belangrijkste oorzaken van burn-out. Ze worden aan de hand van het bekende Job Demands-Resources-model besproken. Daarbij komen vragen aan bod zoals: *Welke factoren dragen bij aan burn-out? Heeft mijn persoonlijkheid invloed? Welke knelpunten op de werkvloer spelen een rol?*

Het derde hoofdstuk bespreekt de gevolgen van burn-out voor de kwaliteit van de zorg. Deze worden concreet omschreven en opgedeeld in twee categorieën: rechtstreekse en onrechtstreekse gevolgen. Daarbij komen vragen aan bod zoals: *Welke impact heeft burn-out op de kwaliteit van de zorgverlening? En hebben deze gevolgen ook een effect op de patiënt?*

In het vierde hoofdstuk wordt ingegaan op de preventie van burn-out en strategieën die daaraan bijdragen. Zowel Vlaamse als internationale initiatieven worden besproken. Het hoofdstuk is onderverdeeld volgens de verschillende niveaus waarop actie mogelijk is. Zowel het micro-, meso- en macroniveau worden afzonderlijk besproken, alsook het belang van de opleiding vroedkunde. Enkele onderzoeksvragen die aan bod komen: *Welke niveaus kunnen een bijdrage leveren? Bestaan er al Vlaamse initiatieven specifiek voor vroedvrouwen? Wat zou de impact van deze strategieën kunnen zijn? Kunnen buitenlandse voorbeelden worden overgenomen?*

Het laatste hoofdstuk gaat in op de re-integratie van de vroedvrouw na het doormaken van een burn-out. Er worden duidelijke handvaten aangereikt die als hulpmiddel kunnen dienen om deze overgang zo succesvol mogelijk te laten verlopen. Daarnaast worden de drie fasen besproken die men doorloopt tijdens het re-integratieproces: re-activatie, re-integratie en de follow-up fase. De centrale vragen die hierbij worden beantwoord zijn: *Welke handvatten kan ik gebruiken om mijn re-integratie te doen slagen? Welke fasen bestaan er? Wat is de rol van het meso- en macroniveau hierbij?*

Tot slot volgen nog enkele losse hoofdstukken, zoals de voorstelling van mijn praktijkgedeelte en de relevantie van deze bachelorproef voor de Vlaamse vroedvrouw. Deze bachelorproef beoogt een inzichtelijke bijdrage te leveren aan de discussie over burn-out in de verloskunde en stelt voor om, op basis van literatuur en praktijkvoorbeelden, concrete aanbevelingen te formuleren die kunnen bijdragen aan het verbeteren van de werkomstandigheden en de zorgkwaliteit in deze sector.

1 Algemeen kader

1.1 Definitie

Burn-out is een wereldwijd probleem dat voorkomt in diverse sectoren, waaronder de gezondheidszorg. Hoewel het fenomeen veelvuldig onderzocht wordt, zijn nog niet alle aspecten volledig begrepen. Doorheen de laatste decennia is het aantal gevallen aanzienlijk toegenomen, wat heeft geleid tot een toename in wetenschappelijke aandacht (WHO, 2019). Er bestaan dus verschillende definities van burn-out, die elk vanuit een unieke invalshoek het fenomeen benaderen.

Maslach en Jackson waren twee onderzoekers die in 1981 een definitie formuleerden van burn-out. Namelijk 'een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en een vermindering van persoonlijke competentie dat voorkomt bij mensen die op een bepaalde manier werken met andere mensen.' (Maslach & Jackson, 1981; Vandenbroeck et al., 2017).

Enkele decennia later definieerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) burn-out in de 10e editie van de *International Classification of Diseases* (ICD-10) als een fenomeen waarbij de balans tussen het individu en de werkomgeving verstoord is. Het wordt beschreven als een toestand van vitale uitputting (WHO, 2016). In de 11e editie (ICD-11) werd burn-out opnieuw geclassificeerd als een syndroom dat ontstaat door chronische werkstress die niet effectief wordt beheerd. Dit syndroom wordt gekarakteriseerd door drie dimensies: emotionele uitputting, depersonalisatie, en verminderde professionele effectiviteit (WHO, 2019). Deze herdefiniëring sluit aan bij de definitie van Maslach en Jackson, maar is gebaseerd op de aanzienlijke groei van evidence-based onderzoek tussen 2016 en 2019.

Deze internationale definities vormden de basis voor verdere verfijning en aanpassing, zoals blijkt uit onderzoek aan de KU Leuven. Zij wilden een meer genuanceerde en hedendaagse omschrijving, toegepast op de Belgische maatschappij. Zo deed men in 2017 een onderzoek waarbij burn-out gedefinieerd wordt als een toestand die ontstaat door een combinatie van werk-gerelateerde overbelasting, persoonlijke kwetsbaarheden en/of problemen in de privésfeer. Deze factoren leiden tot een ernstig energietekort, waardoor individuen moeite krijgen met het reguleren van essentiële cognitieve en emotionele processen. Dit verlies van controle activeert zelfbeschermingsmechanismen, zoals mentale en fysieke distantie van de bron van uitputting, doorgaans het werk (Desart, 2017).

Er is duidelijk verschil merkbaar tussen de definitie van Desart (2017) en die van Maslach & Jackson. In tegenstelling tot de drie klassieke dimensies van Maslach & Jackson onderscheidt deze visie vijf kernsymptomen, die vaak in een bepaalde volgorde optreden. Daarmee introduceert de KU Leuven een holistische benadering, waarin het individu niet enkel in zijn

werkcontext wordt geplaatst, maar ook in zijn persoonlijke leefwereld (Atroszko, 2020; Desart, 2017).

Op basis van bovenstaande definities kan worden vastgesteld dat burn-out een complex en multidimensionaal fenomeen is, waarvoor geen universele omschrijving bestaat. De uiteenlopende perspectieven illustreren dat de betekenis sterk afhankelijk is van de context waarin het wordt bestudeerd. Deze variatie benadrukt het belang van een genuanceerde benadering bij zowel diagnose als behandeling.

1.2 Symptomen

Net zoals de drie bovenstaande studies verschillen in definitie, bekijken ze burn-out eveneens anders op basis van symptomen. Tabel 1 toont een compacte weergave:

Tabel 1: overzicht symptomen

Maslach & Jackson (2017)	WHO (2016, 2019)	KU Leuven
- Emotionele uitputting - Depersonalisatie - Vermindering van persoonlijke competentie	- Emotionele uitputting - Depersonalisatie - Vermindering van persoonlijke competentie - Verstoorde individu – werk balans (ICD-10) - Syndroom omwille van chronische werkstress (ICD-11)	- Psychologische & fysieke uitputting - Cognitief controleverlies - Emotioneel controleverlies - Depressieve klachten - Mentale & fysieke distantie (Desart, 2017)
Begeleidende symptomen		
Psychosomatische spanningsklachten Gedragmatige spanningsklachten (Desart, 2017)		

De drie kernsymptomen die vooral Maslach & Jackson en het WHO benadrukken:

- Emotionele uitputting: een verlies van energie en aanhoudende vermoeidheid, wat resulteert in een gevoel van leegte. Bij emotionele uitputting zijn de fysieke en mentale krachten van de werknemer opgebrand.
- Depersonalisatie (cynisme): een vorm van emotionele distantie, waarbij de werknemer zich psychologisch terugtrekt van het werk of de mensen met wie hij samenwerkt. Dit gaat vaak gepaard met een verlies van idealisme en betrokkenheid,

wat kan leiden tot een afstandelijke, onverschillige of negatieve houding tegenover het werk en collega's, en uiteindelijk tot demotivatie.

- Persoonlijke competentieverlies: een gevoel van onvoldoende professionele doeltreffendheid. De werknemer voelt zich minder bekwaam in de job en begint te twijfelen. Dit leidt tot een daling in productiviteit en een onvermogen om effectief om te gaan met uitdagingen.

(De Quick, 2020; Leiter & Maslach, 2016; Vandenbroeck et al., 2017)

Zoals reeds vermeld, zijn de vijf kernsymptomen waarover de KU Leuven onderzoek deed een aanvulling op de drie bovenstaande dimensies:

- Psychologische en fysieke uitputting
- Cognitief controleverlies: een verstoring in het cognitief functioneren. Men wijst op het verlies van denkvermogen bij de werknemer die een burn-out meemaken of de aanleiding hiernaar ervaren. Dit komt tot uiting door geheugenproblemen, prestatieproblemen en concentratiestoornissen.
- Emotioneel controleverlies: men uit hevige emotionele reacties die niet onder controle te krijgen zijn, meestal onder de vorm van huilbuien of woedeaanvallen.
- Depressieve klachten: zich somber voelen en het ervaren van schuldgevoelens. Hierdoor wordt burn-out vaak verward met depressie.
- Mentale distantie en als gevolg fysieke distantie van de werkomgeving: de mentale afwezigheid tijdens de werkuren, maar ook het nemen van fysieke distantie door zich bijvoorbeeld ziek thuis te schrijven.

(De Quick, 2020; Desart, 2017)

Naast de kernsymptomen van burn-out treden vaak ook begeleidende symptomen op, voornamelijk in de vorm van spanningsklachten. Begeleidende symptomen zijn klachten die samen voorkomen met de hoofdsymptomen en kunnen bijdragen aan een beter begrip van het klinisch beeld. Spanningsklachten zijn zowel psychosomatisch als gedragsmatig van aard.

- Psychosomatische spanningsklachten: het beschrijft een lichamelijke klacht die mede veroorzaakt wordt door psychologische factoren. Bijvoorbeeld: hart-, ademhalings- maag- of darmklachten.
- Gedragsmatige spanningsklachten: slaapproblemen, piekeren of paniekaanvallen.

(Desart, 2017)

Spanningsklachten worden vaak beschouwd als belangrijke onderliggende signalen van burn-out. Ze manifesteren zich meestal in een vroeg stadium en vormen regelmatig de aanleiding om professionele hulp te zoeken. Door deze klachten systematisch te analyseren,

ontstaat een vollediger diagnostisch beeld van burn-out (Desart, 2017). Maslach & Jackson en de WHO benoemen deze begeleidende symptomen niet expliciet. Toch kan worden aangenomen dat ze in de praktijk wel degelijk een rol spelen binnen de verschillende studies en in de evolutie van het burn-outbegrip doorheen de jaren (Vandenbroeck et al., 2017).

1.3 Diagnosestelling

In theorie kan burn-out op basis van alle bovenstaande symptomen gediagnosticeerd worden, maar in de praktijk is het meestal complexer. De diagnose zelf wordt uitsluitend gesteld door een arts, zoals een huisarts, bedrijfsarts of een psychiater. Andere zorgprofessionals, zoals psychologen, kunnen signalen van burn-out opvangen en gebruikmaken van gevalideerde meetinstrumenten ter ondersteuning van het diagnostisch proces. Onderstaande meetinstrumenten (Tabel 2) zijn belangrijk om de klachten in kaart te brengen en kunnen een waardevolle aanleiding geven om professionele medische begeleiding te overwegen (Schaufeli et al., 2020).

Tabel 2: overzicht diagnosestelling

Naam	Inhoud	Toepassing
Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach et al., 1997)	22 stellingen op basis van de 3 kernsymptomen	Aangepaste versie gezondheidszorg (MBI-HSS), niet specifiek voor vroedvrouwen
Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (Barton et al, 2022)	Vragenlijst met nadruk op subjectieve beleving van vermoeidheid en uitputting	Modernere alternatief van de MBI Geen specifieke vragenlijst voor vroedvrouwen
Burnout Assessment Tool (BAT) (Schaufeli et al., 2020)	Vragenlijst binnen 4 dimensies: - Uitputting - Mentale distantie - Emotionele ontregeling - Cognitieve ontregeling Ook de bevraging van secundaire symptomen	Op basis van actuele wetenschappelijke inzichten Geen specifieke vragenlijst voor vroedvrouwen

Om de symptomen van burn-out in kaart te brengen, werden in de loop der jaren verschillende wetenschappelijke vragenlijsten ontwikkeld. De bekendste hiervan is de Maslach Burnout Inventory, die gebruikmaakt van 22 stellingen en zich richt op drie kernsymptomen: emotionele uitputting, cynisme en een verminderde persoonlijke bekwaamheid. De MBI is breed inzetbaar en bestaat ook in een aangepaste versie voor de gezondheidszorg (MBI-HSS), maar er bestaat geen specifieke vragenlijst voor de vroedkunde. Het is de bekendste tool ter wereld, maar omwille van zijn ouderdom wordt het eveneens

kritisch bekeken. Een modernere alternatief is de Copenhagen Burnout Inventory waarin de nadruk ligt op de subjectieve beleving van vermoeidheid en uitputting. Het is betrouwbaar en biedt een bredere kijk op de verschillende bronnen van stress (Barton et al, 2022; Maslach et al., 1997; Maslach & Jackson, 2024).

Ook is de Burnout Assessment Tool (BAT) een alternatieve tool voor de MBI, ontworpen door de KU Leuven. Deze tool bevraagt vier centrale dimensies: uitputting, mentale distantie, emotionele ontregeling en cognitieve ontregeling. Daarnaast worden ook secundaire symptomen bevraagd, zoals spanningsklachten en depressieve gevoelens. Deze symptomen geven een meer gedetailleerd beeld van burn-out en sluiten aan bij de actuele wetenschappelijke inzichten. Ook hiervan bestaat geen gespecialiseerde vragenlijst voor vroedvrouwen (Schaufeli et al., 2020).

Kortom, hoewel vragenlijsten zoals de MBI, CBI en BAT waardevolle informatie opleveren, dienen zij uitsluitend als hulpmiddel. Desondanks dit geen sluitende oplossing vormt voor de specifieke noden, kunnen deze meetinstrumenten toch waardevolle inzichten opleveren in hun ervaren belasting.

1.4 Prevalentie van burn-out bij vroedvrouwen

Aan de hand van de eerder besproken diagnosestelling kan men trachten een beeld te schetsen van de prevalentiecijfers van burn-out bij vroedvrouwen. Toch blijkt dit in de praktijk niet eenvoudig. Zowel binnen België als op internationaal niveau blijft het vinden van concrete en representatieve cijfers een uitdaging. Hoewel er enkele studies beschikbaar zijn, zijn deze vaak gebaseerd op beperkte steekproeven, waardoor de representativiteit in het gedrang komt en de resultaten niet als volledig objectief beschouwd kunnen worden (De Witte, 2021).

Binnen de Belgische context ontbreken er tot op heden duidelijke cijfers over de prevalentie van burn-out specifiek bij vroedvrouwen. De Witte (2021) stelde in een onderzoek vast dat minstens één op de vijf medewerkers in Belgische ziekenhuizen burn-outsymptomen vertoont. Aangezien deze studie verwijst naar ‘medewerkers’ in het algemeen, zegt dit echter niets specifiek over vroedvrouwen. Bovendien is er nog geen gevalideerde meetmethode die zich toespitst op de specifieke ervaringen van deze beroepsgroep. Het gebrek aan zowel gespecialiseerde meetinstrumenten als grondige kwalitatieve onderbouwing maakt het moeilijk om een betrouwbaar en objectief beeld te vormen van de situatie in België.

Internationaal bestaan er wel enkele meer onderbouwde onderzoeken. Een Spaans onderzoek, gebaseerd op veertien artikels afkomstig van zeven universiteiten in midden- en zuid-Spanje, concludeerde dat 40% van de 8.959 deelnemende vroedvrouwen burn-out

ervaart of heeft ervaren. Door de omvang van deze steekproef en de spreiding over verschillende instellingen kan dit onderzoek als representatief beschouwd worden (Suleiman-Martos et al., 2020).

Ook een tweede grootschalige studie, gebaseerd op een wereldwijde literatuurbank, selecteerde 27 relevante artikels uit een totaal van 1.034. Daaruit bleek dat burn-out het vaakst voorkomt bij vroedvrouwen in Australië, West-Canada en Senegal, en het minst in Nederland en Noorwegen. De onderzoekers verklaren deze verschillen door onder meer de kwaliteit van de gezondheidszorgsystemen en de mate van professionele autonomie die vroedvrouwen in verschillende landen hebben. Beide factoren beïnvloeden de werkdruk en dus ook het stressniveau (Sidhu et al., 2020).

Hoewel deze internationale cijfers niet zomaar één op één te vertalen zijn naar de Belgische context, bieden ze wel waardevolle inzichten. Zoals ook vermeld wordt in het Spaanse onderzoek, moet de invloed van nationale beroepsprofielen in acht worden genomen (Suleiman-Martos et al., 2020). Toch wijst het algemene patroon op een verhoogde kwetsbaarheid voor burn-out binnen het vroedvrouwenberoep, ongeacht geografische locatie (Moran et al., 2023).

Moran et al. (2023) stellen bovendien dat zorgverleners, in vergelijking met werknemers uit andere sectoren, een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van burn-out. Dit risico wordt minder bepaald door de fysieke aard van het werk, maar wel door de psychologische belasting die het met zich meebrengt. Hierdoor bestaat er, los van de specifieke werkomstandigheden, van bij de start al een verhoogde gevoeligheid voor burn-out bij zorgverleners, waaronder ook vroedvrouwen.

Samenvattend kan gesteld worden dat burn-out een wijdverspreid probleem lijkt binnen het vroedvrouwenberoep. De Belgische context blijft echter onderbelicht door het gebrek aan grootschalige, specifieke en representatieve gegevens. Dit onderstreept de noodzaak aan verder wetenschappelijk onderzoek, zowel kwantitatief als kwalitatief, dat rekening houdt met de unieke werksituatie van vroedvrouwen in België.

2 Oorzaken vanuit de verloskunde

Hoewel burn-out als syndroom bestempeld wordt, gebeurt dit niet zomaar. Het is een geleidelijk proces waarbij chronische stressfactoren centraal staan. Uit onderzoek blijkt dat verloskunde in zijn pure vorm niet als stresserend ervaren wordt. Het zijn voornamelijk de omstandigheden waarin de vroedvrouw werkzaam is die burn-out kunnen induceren (Dall'Ora et al., 2020; Desart, 2017; Geraghty et al., 2018).

Om dit fenomeen beter te begrijpen, kan het Job Demands-Resources-model (JD-R-model) worden gebruikt. Oorspronkelijk werd dit kader door de Carl von Ossietzky Universiteit en de Universiteit van Utrecht ontwikkeld als werkstressmodel. Hiermee zou men burn-out beter kunnen kaderen. Ondertussen is het één van de meest toegepaste kaders binnen de preventie van burn-out. In 2023 wordt dit model gebruikt voor een dwarsdoorsnedeonderzoek naar het beroepswelzijn van Nederlandse verloskundigen en de determinanten daarvan (Demerouti et al., 2001; Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

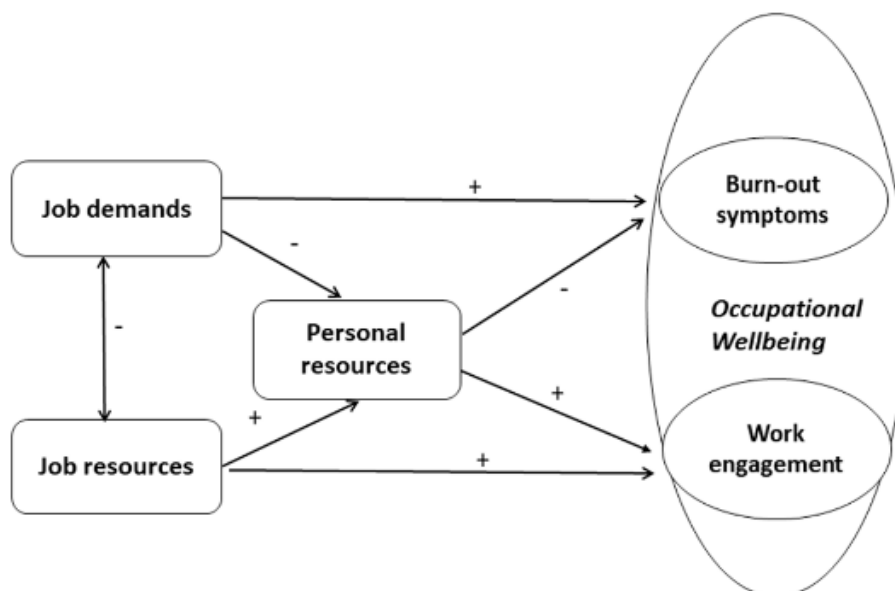


Fig. 1: JD-R-model (Demerouti et al., 2001)

Het JD-R-model (Fig. 1) dient als vereenvoudigd hulpmiddel om inzicht te krijgen in de onderliggende mechanismen van burn-out. Het maakt een onderscheid tussen twee hoofdcategorieën: jobeisen (*job demands*) en jobhulpbronnen (*job resources*). Jobeisen verwijzen naar elementen in het werk die veel energie vragen, zoals een hoge werkdruk of emotioneel belastend werk. Jobhulpbronnen daarentegen zijn factoren die ondersteuning bieden en energie geven zoals voldoende autonomie, waardering of steun van collega's (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

Oorspronkelijk werd aangenomen dat jobeisen primair bijdragen aan het ontstaan van burn-out, terwijl jobhulpbronnen een rol spelen in het versterken van motivatie. Later bleek dat persoonlijke hulpbronnen (*personal resources*) de impact van werkeisen en -hulpbronnen kunnen beïnvloeden op het ontstaan van burn-out. Zo werd duidelijk dat de persoonlijke hulpbronnen (zoals energieniveau, gezinssituatie en persoonlijkheid) zowel een bron van veerkracht (+) als uitputting (-) kan zijn. Het model toont de wisselwerking tussen die drie componenten en hun relatie met het al dan niet veroorzaken van burn-out. Met andere woorden, het verklaart waarom sommige mensen burn-out ontwikkelen en anderen niet, onder dezelfde werkomstandigheden (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

In wat volgt worden de belangrijkste oorzaken verder toegelicht. Hoewel de realiteit complexer is, geven deze factoren een goed overzicht van de voornaamste invloeden bij het ontstaan van burn-out bij vroedvrouwen.

2.1 Jobeisen

2.1.1 Hoge werkdruk

Een te hoge werkdruk; gekenmerkt door overmatige taken, tijdsdruk en een tekort aan personeel; wordt direct in verband gebracht met uitputting, een kernsymptoom van burn-out. Men ziet het als één van de grootste stressfactoren binnen de werkomgeving van vroedvrouwen en het behoort dus overduidelijk tot de jobeisen binnen bovenstaand model. Het gaat hierbij niet alleen om emotionele uitputting, maar het kan eveneens leiden tot een vorm van cynisme (Dall'Ora et al., 2020; Geraghty et al., 2018).

Deze werkdruk manifesteert zich des te sterker tijdens specifieke shiften op intensieve afdelingen, zoals het verloskwartier en de neonatologie. De dynamische en vaak onvoorspelbare aard van deze werkomgevingen maakt het werk extra veeleisend. Er wordt geen expliciete vergelijking gemaakt tussen bijvoorbeeld de vroege- en late shiften, maar wel hoe vroedvrouwen de shiften ervaren. Ze worden vaak niet bijgestaan zoals het zou moeten, wat personeelstekorten indiceert. Hierdoor is er geregeld een overmatig patiënten aantal per vroedvrouw per shift. Met andere woorden, de hoge werkdruk leidt tot een aanzienlijke toename van stress bij vroedvrouwen (Geraghty et al., 2018).

Een bijkomende bron van stress komt voort uit de aard van het werkveld zelf. De verloskunde is namelijk een domein dat gekenmerkt wordt door snelle en constante veranderingen, wat een extra druk op vroedvrouwen legt. Door het hoge tempo van deze evoluties hebben zij vaak onvoldoende tijd om zich aan te passen, bij te scholen of zich voldoende in te werken in nieuwe procedures of technologieën. Dit leidt niet alleen tot onzekerheid, maar ook tot frustraties bij het zorgpersoneel. Bovendien zorgen factoren zoals: de toename van medische technologie, de steeds hogere verwachtingen van patiënten en de toenemende culturele diversiteit binnen de zorgpopulatie; voor extra complexiteit en vereisen ze een hoge mate van flexibiliteit (Atroszko et al., 2020; Mottard, 2019).

Bovendien wordt de werksituatie van vroedvrouwen verder onder druk gezet door externe structurele veranderingen binnen de zorgsector. De sluiting van verschillende afdelingen in Vlaanderen, onder andere als gevolg van ziekenhuisfusies, zorgt voor een bijkomende belasting. Door deze herstructureringen stijgt de werkdruk aanzienlijk en wordt de personeelsbezetting steeds krappere. Dit leidt tot overmatige werkeisen, waarbij vroedvrouwen voortdurend onder druk staan om meer taken uit te voeren met minder

middelen. Door de snelle en structurele veranderingen in de zorg wordt het werk van vroedvrouwen steeds veeleisender (Atroszko et al., 2020; Mottard, 2019).

2.1.2 Werken in shiften

Vanaf het begin van de opleiding zijn vroedvrouwen zich bewust van het feit dat het werk in shiften verloopt. Initieel is er geen significant verband met burn-out (Dall'Ora et al., 2020). Vooral langdurige diensten van 12 uur of meer, worden sterk geassocieerd met algemene uitputting. In België komen zulke lange shiften minder vaak voor; maar overuren, opnieuw omwille van personeelstekorten, zorgen wel regelmatig voor vermoeiende werkdagen met een verhoogd risico op burn-out. Ook zullen irreguliere werkuren en beperkte flexibiliteit het risico op burn-out verhogen (Dall'Ora et al., 2020).

Daarnaast komt het regelmatig voor dat vroedvrouwen geen pauze kunnen nemen tijdens hun shift. Werken in shiften motiveert velen, maar door de verhoogde werkdruk kan het eveneens zorgen voor fysieke en emotionele uitputting. Hierdoor is er geen balans meer tussen jobeisen (werkdruk) en -hulpbronnen (motivatie shiftenwerk). De balans helt dan over naar de negatieve pool, zoals men in het JD-R-model wil duidelijk maken (Dall'Ora et al., 2020; Geraghty et al., 2018).

2.1.3 Gebrek aan controle en autonomie

Ook het gebrek aan autonomie en controle op de werkvloer zijn belangrijke factoren. Verloskundigen die weinig zeggenschap hebben over beslissingen binnen hun functie, ervaren vaker emotionele uitputting. Het bekomen van meer autonomie in de werkomgeving vermindert het risico op burn-out en wordt beschouwd als een belangrijke hulpbron (Dall'Ora et al., 2020; Rooman et al., 2021).

In het algemeen voelen vroedvrouwen zich vaak beperkt in hun vermogen om beslissingen te nemen, vooral in een ziekenhuis waar een sterke medische hiërarchie heerst. Ze bevinden zich vaak in een positie waarin ze een evenwicht moeten vinden tussen hun engagement voor de vrouw en de verwachtingen van de medische instelling. Bijvoorbeeld het bijhouden van administratie of het tijdig informeren van de arts. Deze spanningen zorgen eveneens voor uitputting en een vermindering in persoonlijke competentie (Geraghty et al., 2018).

Uiteindelijk zal dit een overkoepelend inzicht geven over globale prevalentiecijfers. Nederland en Noorwegen kennen lagere cijfers, mede omdat er voornamelijk ingezet wordt op de autonomie van de vroedvrouw. Autonomie biedt kansen om een hechte band met

patiënten op te bouwen, wat significant samenhangt met een lagere kans op burn-outsymptomen (Sidhu et al., 2020).

2.1.4 Traumatische perinatale gebeurtenissen en PTS

Perinatale traumatische ervaringen worden gedefinieerd als gebeurtenissen waarbij de verloskundige getuige is van een bedreiging voor het leven of de gezondheid van de moeder en/of het kind. Dit kan zijn door directe blootstelling, bijvoorbeeld het waarnemen van de gebeurtenis, maar ook indirect door het luisteren naar traumatische verhalen van collega's of moeders. Omgaan met perinataal trauma is een belastende factor van het werk en hoort om die reden duidelijk bij jobeisen (Albendín-García et al., 2021; Sheen et al., 2015).

Uit representatief Brits onderzoek blijkt dat verloskundigen gemiddeld zeven traumatische perinatale gebeurtenissen doormaken gedurende hun carrière, zowel eigen ervaringen als verhalen van anderen worden hierin meegerekend. Zulke confrontaties leiden tot intense gevoelens; bijvoorbeeld angst, hulpeloosheid en afkeer van het beroep. Het onderzoek toonde aan dat 35% van de bevroegde verloskundigen overwogen heeft om het beroep te verlaten na het meemaken van een dergelijke gebeurtenissen, terwijl 12% effectief ziekteverlof opnam. Deze cijfers illustreren de belangrijke impact van perinatale trauma's op het professionele welzijn en de capaciteit om zorg te verlenen (Sheen et al., 2015).

Dergelijke traumatische ervaringen kunnen zich ontwikkelen tot posttraumatische stress (PTS). Dit uit zich in symptomen zoals vermijdingsgedrag tegenover de plaats of personen die eraan verbonden zijn, emotionele afsluiting of het actief onderdrukken van gevoelens en gedachten. Dit kan leiden tot verhoogde prikkelbaarheid en negatieve gedachten, waardoor het moeilijk wordt om het werk voort te zetten en de stress zich blijft opstapelen (Albendín-García et al., 2021; Sheen et al., 2015).

In hetzelfde onderzoek (2015) werd een directe link vastgesteld tussen PTS en burn-out bij vroedvrouwen: zo vertoonde 32% van de deelnemers symptomen die overeenkomen met een klinische diagnose van PTS. Deze stressreacties beïnvloeden alle dimensies van burn-out. Vermijdingsgedrag voedt bijvoorbeeld emotionele uitputting, terwijl verhoogde depersonalisatie sterk samenhangt met posttraumatische stress (Sheen et al., 2015).

Daarnaast zorgt PTS vaak voor een negatievere kijk op het leven en de wereld. Vroedvrouwen kunnen kampen met gevoelens van verminderde eigenwaarde, een afgenomen gevoel van controle en een groeiend wantrouwen ten opzichte van de omgeving. In de context van de verloskunde vertaalt dit zich vaak naar een verstoord professioneel zelfbeeld en een verminderd gevoel van competentie. Dit benadrukt hoe diepgaand de psychologische impact

van perinatale trauma's kunnen zijn en hoe belangrijk het is om tijdig aandacht te besteden aan psychologische ondersteuning voor zorgverleners (Albendín-García et al., 2021).

2.2 Afwezigheid van jobhulpbronnen

Naast de jobeisen speelt ook de aanwezigheid van voldoende jobhulpbronnen een cruciale rol. Jobhulpbronnen zijn elementen die energie geven en ondersteuning bieden, maar wanneer deze ontbreken, kan dit het risico op burn-out aanzienlijk verhogen. De afwezigheid van factoren zoals autonomie of collegiale steun ondermijnt het gevoel van controle en verbondenheid, wat het werk extra belastend maakt. Als vroedvrouwen hier niet op kunnen terugvallen, verdwijnt een belangrijke buffer tegen stress. Ook wanneer het plezier in het werken met zwangeren en de voldoening die daaruit voortvloeit uitblijven, valt een essentiële motivatiebron weg (Kool et al., 2023).

Wanneer jobhulpbronnen onvoldoende aanwezig zijn, dreigt een disbalans met de jobeisen te ontstaan, waardoor persoonlijke hulpbronnen zoals veerkracht en zelfvertrouwen onder druk komen te staan. Dit heeft directe gevolgen voor zowel de werkmotivatie als het professioneel welbevinden van de vroedvrouw. In plaats van bescherming te bieden, kunnen deze tekorten het risico op emotionele uitputting en cynisme vergroten, twee kerncomponenten van burn-out (Kool et al., 2023).

Ook een lage jobtevredenheid vormt in dit opzicht een indicator. In een werkveld waar emotionele en fysieke belasting hoog is, betekent het ontbreken van werkvreugde niet alleen een persoonlijk verlies, maar ook een verhoogde kwetsbaarheid voor stress en psychische klachten (Mottard, 2019)

Het falen om bovenstaande factoren structureel te ondersteunen, werkt dus niet enkel door op individueel niveau, maar tast ook de stabiliteit en effectiviteit van het team en de bredere organisatie aan. In plaats van een positieve dynamiek ontstaat een vicieuze cirkel die de veerkracht van zowel zorgverlener als zorgsysteem ondermijnt.

2.3 Afwezigheid van persoonlijke hulpbronnen

Zoals het JD-R-model aantoont, zijn persoonlijke hulpbronnen minstens even belangrijk als werk-gerelateerde hulpbronnen bij het ontstaan of voorkomen van burn-out. Niet elke zorgverlener die met gelijkaardige werkomstandigheden wordt geconfronteerd, ontwikkelt immers burn-outklachten. Dit suggereert dat persoonsgebonden factoren een invloed hebben op hoe iemand omgaat met stress en werkbelasting. Ook hier zal de afwezigheid van

deze hulpbronnen een negatieve invloed kennen op het al dan niet ontwikkelen van burn-out (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

2.3.1 Eigen grenzen onbewust overschrijden

Deze persoonsgebonden kwetsbaarheid wordt onder meer zichtbaar in de manier waarop vroedvrouwen omgaan met hun eigen grenzen. Ze zetten de noden van anderen en het werk vaak op de eerste plaats, soms zonder zich daar volledig bewust van te zijn. Net dat automatische, grensoverschrijdende gedrag kan op termijn bijdragen aan de ontwikkeling van burn-out (Desart, 2017)

In een onderzoek van de KU Leuven concludeert men dat sommige persoonlijkheidstypes meer vatbaar zijn om hun grenzen te overschrijden dan anderen en dat zij dus sneller een burn-out kunnen ontwikkelen. Namelijk, mensen die van aard perfectionistisch zijn en personen met hoog gehalte van onbaatzuchtigheid zoals altruïsme. Dit houdt in dat je het belang van anderen boven dat van jezelf stelt. Deze eigenschappen zijn deel van het karakter en kunnen veel goeds brengen, maar vragen eveneens heel wat energie waar de betrokken persoon zich vaak niet van bewust is. Desondanks mag dit niet uitsluitend als individuele verantwoordelijkheid worden beschouwd (Desart, 2017).

Hoewel dit de conclusie van het onderzoek was, kon men eveneens, op basis van interviews en vragenlijsten, aangeven dat dit niet de enige oorzaken zijn. De verhoogde kans om burn-out te ontwikkelen, was steeds in combinatie met andere factoren bijvoorbeeld verschillende omgevingsfactoren. Ook deze vallen onder persoonlijke hulpbronnen. Met andere woorden, enkel deze persoonlijkheidseigenschappen bezitten, is niet voldoende om burn-out te ontwikkelen (Desart, 2017).

Bovendien zijn ook hoge verwachtingen, onzekerheid en vermijdend gedrag bij conflict mogelijke oorzaken. Hier rond werd verder geen uitvoerig onderzoek verricht (Van Dievoort, 2015).

2.3.2 Nature vs. Nurture

Naast het risico om eigen grenzen te overschrijden, kunnen er ook andere factoren meespelen. Zo werd er in 2005 een grootschalig Australisch onderzoek uitgevoerd met broers en zussen, tweelingen en echtparen die een familiale clustering vormden van burn-out. Meerdere familieleden kampten dus met dit probleem. Het doel was om de genetische factor (nature) na te gaan. De deelnemers hadden telkens gemeenschappelijke omgevingsfactoren

(nurture) zoals dezelfde woonplaats of opvoeding, zodat het onderzoek representatief werd. Men stelde vast dat deze gedeelde omgevingsfactoren 22% impact hadden als gemeenschappelijke deler op de ontwikkeling van burn-out. Dit wil zeggen dat de plek waar je woont (bijvoorbeeld stad-platteland) of de manier van opvoeding een impact van 22% toont op het ontwikkelen van burn-out (Bayes et al., 2021).

De unieke omgevingsfactoren speelden ook een rol; bijvoorbeeld het verschil in werksector of de leeftijdscategorie. Men resulteerde hierbij een percentage van 78% dat impact heeft op de ontwikkeling van burn-out. Nergens kon vastgesteld worden dat genetica een bijdrage had (Bayes et al., 2021).

Met andere woorden, de ontwikkeling van burn-out wordt eerder door omgevingsfactoren dan door aanleg beïnvloed. Meer specifiek, zal vooral de werksector waarin men werkt of de leeftijd waarin men zich bevindt een grotere impact hebben dan de woonplaats of opvoeding. Men kan, volgens deze bron, burn-out dus niet als syndroom via genetica doorgeven. Na dit onderzoek werd er geen specifiek of representatief onderzoek meer uitgevoerd (Bayes et al., 2021).

2.3.3 Leeftijd

Een Spaanse studie toont enkele factoren die een correlatie weergeven met een verhoogde kans op het ervaren van een burn-out. Zo is er bewezen dat vroedvrouwen jonger dan 40 jaar een verhoogde kans hebben op het doormaken van een burn-out. Ook hebben vroedvrouwen die tussen de 22-32 jaar zijn een grotere waarschijnlijkheid op cynisme en emotionele uitputting, vergeleken met vroedvrouwen tussen de 44-55 jaar oud. De oorzaak ligt grotendeels bij de hoeveelheid werkuren die de verloskundige opneemt. Jongere vroedvrouwen werken meestal voltijds waardoor zij een grotere blootstelling hebben aan factoren die burn-out veroorzaken in vergelijking met vroedvrouwen ouder dan 40 jaar (Albendín-García, 2021).

2.3.4 Gezinssituatie

In het boek *Lessen voor de éérentwintigste eeuw*, uitgebracht door De Witte in 2021, staat beschreven dat vroedvrouwen met een partner een lagere kans ondervinden om burn-out te ontwikkelen. Hiernaast hebben verloskundigen die samenwonen met hun partner een lagere kans op het verlies van persoonlijke competentie in vergelijking met vroedvrouwen die niet samenwonen met hun partner. Men vond geen correlatie tussen verloskundigen die kinderen hebben ten opzichte van diegene zonder kinderen.

2.4 Besluit

Er kan algemeen worden geconcludeerd dat de oorzaken van burn-out zowel binnen als buiten de werkomgeving te vinden zijn. Op de werkvloer spelen vooral een gebrek aan controle en autonomie, een te hoge werkdruk en traumatische perinatale gebeurtenissen een bepalende rol. Buiten het werk zijn vooral leeftijd en gezinssituatie van invloed. Ook de persoonlijkheid van het individu blijkt een belangrijke factor te zijn.

Voor een effectieve interventie richt men zich daarom best op het verlagen van jobeisen, het versterken van jobhulpbronnen en het bevorderen van persoonlijke hulpbronnen. Dit wordt verder toegelicht in de volgende hoofdstukken (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

3 Gevolgen voor de kwaliteit van de zorg

Burn-out heeft een impact op de persoonlijke manier van handelen, maar eveneens op de zorg die de vroedvrouw verleent. De kwaliteit van de zorg, gegeven door de vroedvrouw, daalt zowel rechtstreeks als onrechtstreeks. De rechtstreekse gevolgen geven een vermindering in prestatie en compassievermoeidheid weer, terwijl de onrechtstreekse gevolgen resulteren in verandering van attitudes en organisatiegedrag en een verhoogd risico op uitval (Bayes et al., 2021).

3.1 Rechtstreekse gevolgen

3.1.1 Kwaliteit fysieke zorg

Vroedvrouwen ervaren een toenemende werkdruk, in combinatie met een groeiende administratieve last en het strikt naleven van protocollen, als een belangrijke bron van frustratie. Deze aanhoudende druk kan leiden tot burn-out, wat de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloedt en het moeilijk maakt om zowel moeder als kind op een gepaste manier te begeleiden (Geraghty, 2018).

Administratieve taken zijn in essentie bedoeld als controle-instrumenten binnen het zorgproces. Wanneer deze verplichtingen echter de overhand krijgen, verliest men steeds meer het uiteindelijke doel uit het oog: het welbevinden van moeder en kind. Op die manier wordt de administratieve controle bijna belangrijker dan het doel zelf. De kernvraag is dan ook of men de moed heeft om stilaan te evolueren naar een alternatieve aanpak: terug naar meer eenvoud en de essentie van het beroep (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018).

Eén van de risico's van deze overbelasting is een verhoogde kans op medische onnauwkeurigheden en fouten. Dit heeft een directe impact op de patiëntveiligheid en bijgevolg op de tevredenheid van de patiënt (Geraghty et al., 2018).

Een herkenbaar voorbeeld binnen de verloskunde is dat het aanbevolen huid-op-huidcontact tijdens het eerste levensuur niet altijd behouden blijft. Door hoge werkdruk en bijkomende administratieve taken worden de eerste zorgen voor de pasgeborene soms onmiddellijk na de geboorte toegediend of pas na enkele uren. Volgens recente richtlijnen wordt echter aangeraden om dit eerste uur ongestoord te laten verlopen, zodat het huid-op-huidcontact optimaal kan plaatsvinden. Deze aanpak bevordert niet alleen de hechting tussen moeder en kind, maar houdt ook rekening met fysiologische factoren. Bijvoorbeeld het verhoogde adrenalinegehalte bij de pasgeborene, wat intramusculaire injecties minder pijnlijk maakt. Hoewel dit geen medische fout is, heeft het wel een rechtstreeks gevolg op de kwaliteit van de zorg (Kuipers et al., 2024).

Een ander, meer risicovol voorbeeld is het onvoldoende kunnen opvolgen van het cardiotocogram (CTG) tijdens situaties zoals inductie of het toedienen van oxytocine. Dit laatste is een hormoon dat tijdens de arbeid kan worden toegediend om extra weeën activiteit op te wekken. Deze monitoring is dus cruciaal voor het bewaken van het welzijn van moeder en kind, maar komt soms in het gedrang wanneer vroedvrouwen instaan voor een te groot aantal patiënten of overbelast worden door administratieve verplichtingen. In dit geval kan de patiëntveiligheid wel rechtstreeks in het gedrang komen (Kuipers et al., 2024).

Daarnaast vraagt men zich af of burn-out ook leidt tot verminderde alertheid in noodsituaties. Hoewel hier geen éénduidig wetenschappelijk bewijs rond bestaat, heeft men wel assumpties dat dit het geval is (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018).

3.1.2 Kwaliteit mentale en emotionele zorg

Het vermogen om compassie te tonen voor de patiënt is een essentieel onderdeel van het beroep van de vroedvrouw. Door compassie is men in staat om het lijden van anderen te begrijpen en te verlichten. Compassievermoeidheid of 'compassion fatigue' is een vorm van burn-out die optreedt wanneer de noden van anderen herhaaldelijk voorrang krijgen op de eigen behoeften (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018; Van Ham, 2020).

Het is een diepe emotionele en fysieke uitputting met negatieve gevolgen voor de zorgrelatie. Compassiemoeheid ontstaat als copingsmechanisme waarbij alle overweldigende emoties onderdrukt worden om verder te kunnen gaan. Een vroedvrouw kan zich bijvoorbeeld schuldig voelen, omdat ze door een hoge werkdruk onvoldoende tijd heeft om een echte band op te bouwen met de patiënten. Ze blijft extra inspanningen leveren om toch nabij te zijn voor

elke vrouw, vaak ten koste van haar eigen rust en herstelmomenten. Uiteindelijk ontstaat er een zekere afstandelijkheid of cynisme tegenover patiënten (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018; Van Ham, 2020).

In een werkomgeving met hoge druk en grote verantwoordelijkheden, waar de kwaliteit van de zorg onder druk staat, is het cruciaal om compassievermoeidheid te herkennen en te voorkomen. Niet alleen voor het welzijn van de zorgverlener, maar ook voor het behoud van kwalitatieve en empathische zorg voor moeder en kind. Deze dubbele verantwoordelijkheid binnen de verloskunde vergroot de emotionele belasting (Öztürk & Karabulutlu, 2021).

Ook casussen zoals mors in utero en complexe sociale contexten vormen een belangrijk onderdeel van het beroep, maar zijn tevens een mogelijke bron van compassievermoeidheid. De vroedvrouw engageert zich volledig voor de patiënt, maar krijgt daarbij nauwelijks ruimte om met haar eigen emoties om te gaan (Öztürk & Karabulutlu, 2021).

Bijgevolg, is het bewaken van professionele begrenzing noodzakelijk. Zo niet kan de voortdurende blootstelling aan trauma's en emotioneel beladen situaties leiden tot 'compassievermoeidheid' en empathische uitputting (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018).

3.2 Onrechtstreekse gevolgen

3.2.1 Attitudes en organisatiegedrag

Wanneer een zorgverlener 'opgebrand' raakt, vermindert niet alleen haar eigen veerkracht, maar neemt ook het risico toe dat ze haar rust en zelfcontrole verliest. Dit kan spanningen binnen het team veroorzaken, waarbij er sprake kan zijn van verwijten of zelfs persoonlijke aanvallen richting collega's. Zulke uitbarstingen blijven zelden zonder gevolgen, want naast de vroedvrouw zelf kan ook het mentaal welzijn van de betrokken collega's hieronder lijden (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018).

Dergelijke spanningen kunnen op termijn escaleren tot ernstigere conflicten. In sommige gevallen uit zich dit in pestgedrag of het sociaal uitsluiten van collega's. Vroedvrouwen die zich overweldigd of onzeker voelen, kunnen uit angst of zelfbescherming sneller geneigd zijn anderen te beschuldigen van fouten. Hierdoor ontstaat een werkklimaat waarin wantrouwen overheerst en waar eerder met de vinger wordt gewezen dan dat er ruimte is voor waardering of constructieve feedback (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018).

In een beroep waarin multidisciplinaire samenwerking essentieel is, met onder andere artsen, kinesisten, psychologen en andere zorgverleners, vormt deze negatieve dynamiek ook een ernstige bedreiging voor de zorgkwaliteit. Wanneer samenwerking wordt ondermijnd door

een verstoorde teamgeest, komt de veiligheid en continuïteit van zorg wel rechtstreeks in het gedrang (Bayes et al., 2021; Geraghty et al., 2018).

3.2.2 Verhoogd risico op uitval

Vroedvrouwen met burn-outsymptomen ervaren vaak een verzwakt immuunsysteem, waardoor ze vatbaarder worden voor ziektes. Dit leidt tot een verhoogde frequentie van zowel korte als langdurige ziekte-uitval. Dit heeft directe impact op de collega's die blijven, want hun werkdruk stijgt aanzienlijk. De ziekenhuizen blijven streven naar dezelfde productiecijfers, zoals bijvoorbeeld het aantal bevallingen per jaar; maar wanneer dit gebeurt met minder personeel ontstaat er onvolledige en gehaaste zorg. De patiënttevredenheid komt hierdoor weer eens onder druk te staan. Zo ontstaat een vicieuze cirkel waarbij uitval en verhoogde druk elkaar voortdurend versterken (Bayes et al., 2021).

Daarbij komt, dat de verhoogde werkdruk en interne spanningen ook leiden tot een verhoogde intentie om het beroep en zelfs de sector te verlaten. De werkonzekerheid en emotionele belasting zorgen ervoor dat zorgverleners afhaken, wat het personeelstekort nog verder doet toenemen (Geraghty et al., 2018).

Hiernaast bieden tijdelijke vervangingen niet altijd een oplossing, wat in België meestal wel het geval is. Deze krachten zijn vaak minder ervaren of moeten ingewerkt worden, wat opnieuw extra belasting voor het team betekent (Dall'Ora, 2020).

Tot slot, reikt de impact van burn-out verder dan de afdeling zelf. In Nederland worden de kosten van burn-out gerelateerd ziekteverzuim geschat op 2,8 miljard euro per jaar. Deze cijfers tonen aan hoezeer burn-out niet alleen een persoonlijk of organisatorisch probleem is, maar ook een maatschappelijke uitdaging vormt. Dit getal toont nogmaals het belang van zelfzorg en preventieve maatregelen (De Witte, 2021).

4 Preventie van burn-out

Om burn-out preventief aan te pakken, zijn structurele veranderingen op lange termijn noodzakelijk. Dit vraagt om een aanpak op meerdere niveaus: het individuele (micro), het teamgerichte (meso) en het maatschappelijke niveau (macro). Structurele veranderingen zijn ingrijpend, zoals vermeld in hoofdstuk 2, en richten zich op het verlagen van jobeisen, het versterken van jobhulpbronnen en het bevorderen van persoonlijke hulpbronnen (De Witte 2021; Doherty & O'Brien, 2022; Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

4.1 Micro-niveau

De betrokken persoon zelf is de eerste die signalen van burn-out kan herkennen. De vroedvrouw kan als eerste preventief actie ondernemen om burn-out te voorkomen. Vooral laagdrempelige handelingen blijken doeltreffend om het risico te reduceren (Mottard, 2019). Tabel 3 geeft alle voorgestelde maatregelen samenvattend weer:

Tabel 3: overzicht preventiemaatregelen individu

Preventiemaatregelen voor en door het individu	
Individuele maatregelen	Groepsgerichte maatregelen
- Mindfulness & relaxatie - Ademhalingstechnieken (4-7-8 oefening) - Natuur & beweging - Lichaamskoeling (Beaumont & Martin, 2016; Dewulf, 2016; El Asjadi et al., 2020; Mottard, 2019; Swinnen, 2023)	- Zelfhulpgroepen (<i>tussen-STOP</i>) - Peer supportgroepen - Online geïndividualiseerd programma (Geuens et al., 2021; Trefpunt Zelfhulp vzw, 2025)

4.1.1 Individuele maatregelen

Ten eerste is aangetoond dat relaxatie en mindfulness bijzonder effectief zijn in het omgaan met stress en het bevorderen van herstel (Dewulf, 2016). Ademhalingstechnieken vormen hierbij een waardevolle aanvulling. Eén van de meest aanbevolen oefeningen is *Soothing Rhythm Breathing* ofwel de 4-7-8 oefening. Men gaat vier tellen inademen, zeven tellen de adem vasthouden en acht tellen uitblazen. Het beïnvloedt de hartslagvariabiliteit en bevordert gevoelens van kalmte. Arts en stress-specialist Luc Swinnen, raadt aan om dit vier keer 's morgens en vier keer 's avonds uit te voeren. Zo kan de dag rustig starten en eindigen (Beaumont & Martin, 2016; Swinnen, 2023).

Naast ademhaling kunnen ook natuur en beweging een essentiële rol spelen in burn-outpreventie. Tijd doorbrengen in de natuur werkt rustgevend, onder meer omdat natuurlijke omgevingen in een trager ritme evolueren dan de hectiek van de moderne technologie en samenleving. Daarnaast bezit de natuur geosmine, een stof die verantwoordelijk is voor de typische geur van nat gras of aarde na regen. Deze geur wordt in aromatherapie gebruikt om een gevoel van kalmte op te roepen (Swinnen, 2023).

Beweging is dan weer verantwoordelijk voor een gevoel van gezond leven. Weinig fysieke inspanning verlaagt het dagelijkse energieniveau waardoor de dag zwaar aanvoelt. Volgens onderzoek komt het lichaam pas écht tot rust na ongeveer 10 000 stappen per dag (Mottard, 2019; Swinnen, 2023). Daarnaast blijkt uit meerdere studies dat fysieke inspanning, zoals

wandelen, sporten of tuinieren, een krachtige uitlaatklep vormt. Het biedt ontspanning en verlaagt het risico op burn-out (Mottard, 2019).

Vervolgens kan blootstelling aan koude een positief effect hebben op het fysieke aspect van stress. Wanneer iemand op een bewuste en gecontroleerde manier met koude in aanraking komt, kan dit een gevoel van kalmte opwekken. Koude prikkels activeren namelijk de nervus vagus, een van de belangrijkste zenuwen in het lichaam. Deze tiende hersenzenuw speelt een centrale rol in de regulatie van het parasympatisch zenuwstelsel, dat verantwoordelijk is voor rust, herstel en vertering. Zo helpt de nervus vagus onder andere om de hartslag en bloeddruk te verlagen na een stressreactie. Anderzijds bestaat het risico dat overmatig gebruik van koude als ontspanningstechniek op termijn een tegenovergesteld effect kan veroorzaken (Swinnen, 2023).

Bovenstaande maatregelen richten zich vooral op het vinden van rust en kalmte als individu. Hoewel ze geen volledige garantie bieden tegen burn-out, dragen ze wel bij aan het versterken van persoonlijke hulpbronnen, en dat is essentieel.

4.1.2 Groepsgerichte maatregelen

Wanneer individuele acties niet volstaan, kunnen ook groepsgerichte initiatieven ondersteuning bieden. Zelfhulpgroepen, georganiseerd door externe organisaties, brengen mensen met gelijkaardige ervaringen samen. Dit creëert ruimte voor herkenning, gedeelde inzichten en onderlinge steun. Zo richtte *Karel de Grote Hogeschool*, in samenwerking met de *Vlaamse Beroepsorganisatie voor Vroedvrouwen*, *Kraamzorg De Kraamvogel* en *Trefpunt Zelfhulp* vzw, een peer supportgroep op; specifiek voor vroedvrouwen, doula's en kraamverzorgenden. Het doel is om werk-gerelateerde en emotionele belasting bespreekbaar te maken en sociale steun te bieden binnen de eigen beroepsgroep. Voorheen bestond er in Vlaanderen nog geen laagdrempelige ondersteuning voor deze doelgroep. Tijdens de bijeenkomsten bepalen de deelnemers zelf de gespreksonderwerpen, zoals bijvoorbeeld compassievermoeidheid. Hiernaast wordt er begeleiding voorzien door collega-vroedvrouwen die daarvoor een gespecialiseerde opleiding hebben gevolgd (El Asjadi et al., 2020).

Een ander waardevol initiatief werd opgezet door *Trefpunt Zelfhulp* vzw in West-Vlaanderen. Zij organiseren het praatcafé '*tussen-STOP*', een plek waar werknemers uit diverse sectoren samenkomen om hun ervaringen rond stress en burn-out te delen. De gesprekken bieden een veilige ruimte om vragen te stellen zoals: *Is het normaal wat ik voel? Hoe ga ik hiermee om? Ligt het aan mij?* (Trefpunt Zelfhulp vzw, 2025).

Tot slot ontwikkelde de *Universiteit Antwerpen* een online geïndividualiseerd programma ter preventie van burn-out. Oorspronkelijk gericht op verpleegkundigen, maar ook perfect inzetbaar voor vroedvrouwen. Het programma is gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) en toont bewezen effectiviteit (Geuens et al., 2021).

De online tool is informatief en praktisch: via teksten, audiofragmenten en illustraties worden zowel theorie als oefeningen aangeboden, telkens afgestemd op het beroepsprofiel. Zo leert de zorgverlener omgaan met stressoren en professionele uitdagingen. Het feit dat dit programma gepersonaliseerd is, toont een cruciaal belang voor succes (Geuens et al., 2021).

Men benoemt het geïndividualiseerd, omdat het programma modulair opgebouwd is. Gebruikers kunnen kiezen uit thema's zoals slaap, perfectionisme, samenwerken in team, enzovoort. Toekomstig onderzoek zal verder moeten uitwijzen hoe dit programma geïntegreerd kan worden in bestaande zorgstructuren (Geuens et al., 2021).

Ook de groepsgerichte maatregelen zullen geen volledige garantie bieden tegen burn-out. Het draait hierbij vooral rond erkenning zoeken bij anderen en informatie/handvaten krijgen. Maar ze zullen eveneens bijdragen in de versterking van die persoonlijke hulpbronnen.

4.2 Meso-niveau

Een tweede belangrijke speler in de preventie van burn-out is het ziekenhuis waarin de vroedvrouw werkzaam is. Wanneer er sprake is van een succesvolle structurele aanpak waarbij jobeisen effectief worden verminderd, kan er daadwerkelijk een verschil worden gemaakt (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021). Tabel 4 geeft alle voorgestelde maatregelen samenvattend weer:

Tabel 4: overzicht preventiemaatregelen op de werkvloer

Preventiemaatregelen op de werkvloer
- Stimuleren van autonomie - Positieve en ondersteunende werkomgeving (verbondenheid) - Bevorderen van professionele reflectie - Aangeven van persoonlijke grenzen en haalbaarheid
(De Witte, 2021; Doherty & O'Brien, 2022; Kool et al., 2023; Mottard, 2019)

Een kernprincipe binnen zo'n aanpak is het stimuleren van autonomie. Voldoende ruimte om zelf keuzes te maken, aangevuld met variatie in het takenpakket en mogelijkheden tot professionele groei, draagt bij aan een gevoel van controle en motivatie. Door leer- en ontwikkelkansen te bieden, ontstaat bovendien een klimaat waarin vroedvrouwen zich duurzaam kunnen engageren in hun job (Mottard, 2019).

Vervolgens is een positieve en ondersteunende werkomgeving eveneens van groot belang. Strategieën zoals teambuilding en het actief inzetten op samenwerking binnen het team kunnen het gevoel van verbondenheid versterken. Wanneer vroedvrouwen het gevoel hebben op elkaar te kunnen rekenen, zullen ze sneller geneigd zijn om problemen te delen en samen naar oplossingen te zoeken, in plaats van alles voor zichzelf te houden. Bovendien bevordert dit niet alleen positieve teamattitudes, maar versterkt het ook de beschikbare jobhulpbronnen (De Witte, 2021; Kool et al., 2023).

Naast verbondenheid is ook professionele reflectie essentieel. Door een constructieve feedbackcultuur kan er zowel op individueel- als teamniveau ruimte zijn voor reflectie, dialoog en verbetering. Door bijvoorbeeld casussen of knelpunten gezamenlijk te bespreken, wordt niet alleen de onderlinge communicatie versterkt, maar blijft ook de kwaliteit van zorg gewaarborgd. Het creëren van tijd en ruimte voor debriefing na stressvolle situaties helpt bovendien om het stressniveau te reduceren. Ook kan de reductie van bijvoorbeeld posttraumatische stress bevorderd worden. Het proces van relativeren en ventileren blijkt vaak effectiever te verlopen via informele gesprekken dan via formele procedures. Een mooi voorbeeld hiervan zijn de *Schwartz Rounds*, waarbij zorgverleners informeel reflecteren op de emotionele en psychologische aspecten van hun job (Doherty & O'Brien, 2022).

Een bijkomend, maar vaak onderschat aspect is het bespreekbaar maken van persoonlijke grenzen en haalbaarheid. Het is belangrijk dat vroedvrouwen openlijk kunnen aangeven wat voor hen realistisch is binnen hun functie. Dit vereist een werkcultuur waarin dialoog en wederzijds respect centraal staan. In zo'n klimaat kunnen meningsverschillen of spanningen uitgesproken worden, in plaats van zich op te stapelen en onbewust tot uitputting te leiden. Tegelijk is het belangrijk te erkennen dat open communicatie niet garandeert dat ieders wensen worden toegekend, maar wel dat er geluisterd wordt en beslissingen op gedragen wijze tot stand komen (Mottard, 2019).

Bovendien, zetten sommige Belgische zorginstellingen al actief in op de inspraak van medewerkers. Men luistert systematisch naar wat zij nodig hebben om hun werk beter te kunnen doen. Hierdoor worden de job hulpbronnen eveneens bewaard (De Quick, 2020).

Tot slot, zal het implementeren van bovenstaande benaderingen in alle zorgorganisaties niet alleen leiden tot een gezondere werkcultuur, maar versterkt het ook de algemene werking van de organisatie en verhoogt de betrokkenheid van het personeel (De Quick, 2020).

4.3 Macro-niveau

Het beleidsniveau speelt een cruciale rol, aangezien strategieën op macroniveau doorgaans meer impact hebben dan maatregelen op meso- en microniveau. Het is dan ook de sleutel tot

het realiseren van effectieve veranderingen op de werkvloer en het terugdringen van burn-out (Doherty & O'Brien, 2022). Tabel 5 geeft alle voorgestelde maatregelen samenvattend weer:

Tabel 5: overzicht preventiemaatregelen op beleidsniveau

Preventiemaatregelen op beleidsniveau
- Vernieuwing beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw - Ontwikkelen van gerichte interventies - Ondersteuning van beginnende vroedvrouwen
(Doherty & O'Brien, 2022; Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016)

Een eerste belangrijk aandachtspunt op beleidsniveau is het herbekijken van het beroepsprofiel van de Belgische vroedvrouw en het doorvoeren van de nodige aanpassingen. De laatste actualisatie dateert van 2016, wat ondertussen bijna een decennium geleden is. Gezien de evoluties in de zorgsector en de toenemende mentale druk op zorgverleners, is het essentieel dat dit profiel opnieuw onder de loep wordt genomen en afgestemd op de huidige noden van het werkveld (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2016).

Naast het herzien van het beroepsprofiel, is het ontwikkelen van gerichte interventies cruciaal om de kans op burn-out te verkleinen. Een mogelijke strategie hiervoor is bewustwordingscampagnes die het belang van deze hulpbronnen onder de aandacht brengen, zodat vroedvrouwen leren hoe ze hiermee kunnen omgaan en zichzelf beter kunnen beschermen tegen uitputting (Doherty & O'Brien, 2022).

Tot slot is het belangrijk om ook aandacht te besteden aan jonge vroedvrouwen die de overstap maken van opleiding naar praktijk. Aangezien zij de grootste kans maken op burn-out is dit extra belangrijk. De overgang is vaak een kwetsbare periode, waarin de combinatie van verantwoordelijkheid, onzekerheid en hoge verwachtingen kan wegen. Door vanaf het begin structurele ondersteuning te voorzien, kan men voorkomen dat deze startende zorgprofessionals vroegtijdig uitvallen. Een stevig ondersteuningskader draagt bij aan hun veerkracht, werkplezier en duurzame inzetbaarheid binnen het beroep (Doherty & O'Brien, 2022).

4.4 Het belang van de opleiding vroedkunde

Een goede voorbereiding op het werkveld begint al tijdens de opleiding. In de opleiding vroedkunde worden studenten niet alleen opgeleid tot bekwame zorgverleners, maar is het ook essentieel dat ze leren omgaan met de mentale en emotionele uitdagingen van het beroep. Om burn-out preventief aan te pakken, zijn er daarom ook binnen het onderwijs aanpassingen nodig. Hoewel deze bachelorproef zich hoofdzakelijk richt op de

ziekenhuiscontext, zijn de volgende initiatieven ook toepasbaar binnen de eerstelijnszorg. Het doel is om studenten handvaten aan te reiken waarmee ze veerkrachtig het werkveld kunnen betreden en zich kunnen wapenen tegen mogelijke symptomen van burn-out (Kool et al., 2023). Tabel 6 geeft alle voorgestelde maatregelen samenvattend weer:

Tabel 6: overzicht belang van de opleiding

Preventiemaatregelen vanuit de opleiding
- Bewustwording toekomstige werkomstandigheden - Kennis meegeven over externe ondersteuning (<i>Compassionate Mind Training</i>) Doel: technische voorbereiding, emotioneel weerbaarder en empathisch sterker (Beaumont & Martin, 2016; Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021)

Een eerste belangrijk aspect is om bewustwording te creëren van de toekomstige werkomstandigheden. Studenten leren omgaan met de verschillende jobeisen, en een goede omkadering daarbij is essentieel. Tegelijk zijn ook zelfzorg, het aangeven van persoonlijke grenzen en flexibiliteit cruciaal om op lange termijn goed te kunnen blijven functioneren. Concreet houdt dit in dat studenten vaardigheden ontwikkelen, zoals heldere communicatie, en hier eventueel bepaalde copingsstrategieën, bijvoorbeeld mindfulness, aan koppelen (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

Hiernaast is het waardevol om studenten bewust te maken van externe ondersteuning indien het nodig is, zoals bijvoorbeeld supportgroepen. Zo leren ze gebruik maken van alle hulpbronnen en worden ze getraind om op een gezonde manier om te gaan met de emotionele en fysieke belasting van het beroep. Het grote voordeel aan deze interventies is dat burn-out cijfers in de toekomst aanzienlijk zullen afnemen als resultaat van een grondige preventieve voorbereiding (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

Een interessante strategie hierover werd uitgewerkt in het Verenigd Koninkrijk en richt zich specifiek op het voorkomen van compassievermoeidheid bij student-vroedvrouwen. Deze compassiegerichte training, bekend als *Compassionate Mind Training* (CMT), stelt een educatieve strategie voor die studenten ondersteunt bij de ontwikkeling van compassie, zowel voor zichzelf als voor anderen. Zoals in het vorige hoofdstuk beschreven staat hebben vroedvrouwen door hun job een verhoogd risico op compassievermoeidheid en empathische uitputting. CMT heeft als doel deze negatieve effecten te voorkomen of te verzachten en tegelijk zelfkritiek en andere schadelijke reacties te verminderen (Beaumont & Martin, 2016).

De Britse auteurs pleiten voor een integratie van CMT in het curriculum van de verloskunde-opleiding. Men stelt voor om de training doorheen de volledige opleiding op te bouwen, met een geleidelijke structuur. Studenten krijgen oefeningen aangeboden die gericht zijn op het cultiveren van medemenselijkheid, bijvoorbeeld via rollenspellen en het oefenen van compassie in moeilijke situaties. Daarnaast maken ademhalingstechnieken, zoals *Soothing Rhythm Breathing*, deel uit van het programma. Ook visualisatie-oefeningen waarbij

studenten een veilige plek creëren of zich een ideale, compassievolle ander voorstellen via begeleide verbeelding, zijn inbegrepen. (Beaumont & Martin, 2016).

Door dergelijke strategieën te implementeren in de opleiding, worden student-vroedvrouwen niet alleen technisch voorbereid, maar ook emotioneel weerbaarder en empathisch sterker. Dit komt zowel hun eigen welzijn als de kwaliteit van de zorgverlening op lange termijn ten goede. Daarnaast kan het versterken van deze competenties tijdens de opleiding op lange termijn een positieve invloed hebben op de drie eerder besproken niveaus (Kool et al., 2023; Rooman et al., 2021).

5 Re-integratie na burn-out

De re-integratie op de werkvloer na een burn-out is een geleidelijk en complex proces dat verloopt in verschillende fasen en beïnvloed wordt door diverse factoren. In eerste instantie staat het individu centraal en houdt het individu de regie in handen. Hoewel een empathische en open werkomgeving ideaal is, blijkt dit in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend. Net zoals bij preventie is het doel van re-integratie om het individu, met ondersteuning van professionals, de maximale kans op een succesvolle en duurzame terugkeer te bieden (Mottard, 2019; Rooman et al., 2021).

5.1 Fasen doorheen re-integratie

Doorheen het proces van re-integratie gaat het individu door drie verschillende fasen.

- 1) Re-activatie: deze fase vormt de voorbereiding op de terugkeer naar de werkvloer. Er kan een gesprek plaatsvinden op de dienst om wederzijdse verwachtingen en gedachten rond de werkhervatting te bespreken. Mogelijke gespreksonderwerpen zijn onder andere de vorm van professionele ondersteuning en het initiële takenpakket van de vroedvrouw. Hierbij kunnen ook concrete afspraken worden gemaakt, zoals bijvoorbeeld het halftijds hervatten van het werk en het geleidelijk opbouwen van de werkbelasting.
- 2) Re-integratie: in deze fase start de effectieve werkhervatting op de werkvloer. Dit is het moment waarop de taken opnieuw opgenomen worden. Het is echter aangewezen om het takenpakket geleidelijk uit te breiden naarmate de tijd vordert. Zo kan er bijvoorbeeld in de eerste week gekozen worden om nog geen volledige patiëntenzorg op zich te nemen.

- 3) Follow-up fase: de derde fase is van cruciaal belang. Tijdens deze periode is het essentieel om het welzijn en functioneren van de medewerker nauwgezet op te volgen, met als doel herval te voorkomen. Professionele opvolging verloopt het meest doeltreffend wanneer dezelfde hulpverleners; zoals een psycholoog, loopbaancoach of huisarts; het volledige traject blijven begeleiden. Zo ontstaat er een vertrouwensband die nodig is om de evolutie correct te kunnen inschatten. Het is dan ook aangewezen om de persoonlijke groei regelmatig te evalueren en blijvend aandacht te besteden aan eventuele valkuilen die opnieuw een invloed zouden kunnen hebben.

(Rooman & Deros, 2023)

5.2 Individuele handvaten

Zoals hierboven vermeld, staat het individu in eerste instantie centraal bij re-integratie. Er zijn daarbij enkele aandachtspunten die van belang zijn:

Een eerste element is motivatie. Het is belangrijk dat de persoon zelf gemotiveerd is om het herstelproces aan te gaan. Hij of zij moet er voldoende vertrouwen in hebben dat een terugkeer haalbaar is. Deze motivatie vormt bovendien een belangrijk houvast op momenten waarop het moeilijker gaat. Wanneer iemand zelf gelooft in het slagen van de re-integratie, vergroot dit de kans op een duurzaam herstel (Mottard, 2019).

Ten tweede is de gezondheidsstatus van het individu essentieel. Onderzoek toont aan dat personen met een betere mentale en fysieke gezondheid een grotere kans hebben op een succesvolle re-integratie. Een te vroeg of geforceerd terugkeer, zonder voldoende herstel, kan daarentegen negatieve gevolgen hebben op zowel korte als lange termijn. Deze beoordeling moet steeds in overleg met een arts gebeuren, aangezien enkel een arts bevoegd is om hierover te oordelen (Mottard, 2019; Rooman et al., 2021).

Naarmate de mentale gezondheid verbetert, ontstaat er vaak ook meer acceptatie en bewustwording rond de eigen grenzen. Inzicht in wat haalbaar is, en wat (nog) te veel is, vormt een belangrijk aspect van herstel. De bekende uitspraak "*Zelfkennis is het begin van alle wijsheid*" is in dit kader zeer toepasselijk. Zelfkennis speelt namelijk een fundamentele rol in zowel herstel als re-integratie. Door inzicht te krijgen in persoonlijke grenzen, waarden, energiegevers en stressoren kan een individu beter herkennen waar het fout liep en wat nodig is om duurzaam terug te keren naar het werk. In die zin is zelfkennis niet alleen het begin van wijsheid, maar ook van herstel (Leblond et al., 2024; Rooman et al., 2021).

Als laatste is het waardevol dat het individu realistische doelstellingen formuleert. Deze doelstellingen kunnen betrekking hebben op persoonlijke vlak, zoals: *Hoe bescherm ik mezelf tegen mijn valkuilen? Hoe blijf ik fysiek gezond? Hoe beloon ik mezelf na een succesvolle*

prestatie, zoals een goede borstvoeding of begeleiding bij een bevalling? Daarnaast kunnen ze ook van praktische aard zijn: *Wanneer begin ik opnieuw met werken? Hoe pak ik mijn eerste werkdag aan?* In elke fase van dit complexe proces kunnen zulke doelstellingen richting en structuur bieden (Mottard, 2019; Rooman et al., 2021).

Voor een succesvolle re-integratie op de werkvloer na burn-out is het dus cruciaal om een plan op maat van het individu op te stellen. Op die manier wordt de kans op slagen maximaal benut.

5.3 De rol van het meso-niveau

Het meso-niveau, dat de directe werkomgeving omvat, speelt ook een cruciale rol in de re-integratie van werknemers na een burn-out. Interacties met leidinggevend en collega's bepalen in grote mate hoe veilig en ondersteund iemand zich voelt bij de terugkeer naar het werk. Leidinggevend en die empathie tonen, sociale steun bieden en ruimte geven voor aanpassing, creëren een klimaat dat herstel bevordert en het vertrouwen versterkt (Leblond et al., 2024; Rooman et al., 2021).

Ook bredere factoren zoals werkcultuur, collegiale relaties en werkplekvoorzieningen zijn bepalend. Wanneer deze hulpbronnen ontbreken of wanneer structurele knelpunten zoals hoge werkdruk of gebrek aan begeleiding overheersen, wordt de re-integratie ernstig bemoeilijkt. Daarom is het versterken van leidinggevende vaardigheden en het implementeren van ondersteunende maatregelen, zoals flexibele werkregelingen en persoonlijke begeleiding, essentieel voor een succesvolle en duurzame terugkeer naar werk (Leblond et al., 2024; Rooman et al., 2021).

5.4 De rol van het macro-niveau

Op beleidsniveau draait het om de bredere maatschappelijke context die bepalend is voor de re-integratie van werknemers na een burn-out. Nationale wetgeving, arbeidsmarktbeleid en het functioneren van het gezondheidszorgsysteem vormen samen het kader waarbinnen terugkeer naar werk mogelijk wordt gemaakt. Cruciaal hierbij is een beleidsvoering die inzet op ondersteuning en duurzame tewerkstelling. Denk hierbij aan het bevorderen van het stimuleren van werkplekken die stress verlagend zijn en het voorzien van voldoende begeleiding en re-integratieprogramma's (Rooman et al., 2021; Leblond et al., 2024).

Daarnaast speelt de maatschappelijke houding tegenover burn-out een belangrijke rol. Inclusief het werkgeversbeleid en een cultuur die openstaat voor werknemers met een burn-

outverleden kunnen het stigma verminderen en de kans op succesvolle herintrede vergroten. Door in te zetten op gelijke kansen, arbeidsparticipatie en flexibele werkvormen ontstaat een klimaat waarin mensen zich gesteund voelen, ook na een periode van uitval. Samenwerking tussen overheid, werkgevers en zorgverleners is hierbij essentieel om een duurzaam en inclusief re-integratiebeleid te waarborgen (Rooman et al., 2021; Leblond et al., 2024).

6 Praktijkdeel*

Het praktijkgedeelte van deze bachelorproef bestaat uit een preventiebrochure, bedoeld voor alle vroedvrouwen die werkzaam zijn in het ziekenhuis, evenals voor hun diensthoofden, zoals de hoofdvroedvrouw. De folder biedt heldere uitleg over verschillende aspecten van burn-out. Hieronder wordt de folder uitgelegd, met de TOKIG-elementen in verweven.

Op de voorzijde van de brochure worden de definitie van burn-out, de belangrijkste symptomen en de begeleidende klachten kort en bondig toegelicht. Daarnaast is er een overzicht opgenomen van herkenningssignalen specifiek afgestemd op de werkomstandigheden van vroedvrouwen. Denk hierbij aan veranderingen in gedrag op de werkvloer, moeite met grenzen aangeven of verminderde emotionele stabiliteit.

De achterzijde van de brochure reikt concrete handvaten aan waarmee vroedvrouwen actief kunnen inzetten op preventie. In vier overzichtelijke stappen wordt uitgelegd hoe ze dit zelf kunnen aanpakken. Ook wordt er kort ingegaan op preventieve initiatieven die de dienst kan ondernemen, geïllustreerd met enkele praktijkvoorbeelden. Alle tips & tricks die in de brochure benoemd worden, zijn uitgebreid aangehaald en onderzocht in de bachelorproef.

Hiernaast staan er ook twee motiverende quotes in. Zij maken de brochure compleet en onderstrepen het belang van zelfzorg en preventie. Beide quotes werden uit wetenschappelijke talkshows en boeken gehaald (Franck, 2021).

De keuze voor een preventiebrochure werd bewust gemaakt vanwege het laagdrempelige karakter. Het is een praktische vertaling van de theoretische inzichten en aanbevelingen die in de scriptie werden verzameld. Door een toegankelijke en laagdrempelige tool aan te bieden, wordt de kennis over burn-out en preventiestrategieën direct toepasbaar en makkelijk te verspreiden binnen de werkvloer van ziekenhuizen. Hierdoor wordt de doelgroep direct bereikt. Daarnaast fungeert de brochure als een concreet middel om vroedvrouwen bewust te maken van signalen, preventiemaatregelen en herstelmogelijkheden, wat essentieel is voor het bevorderen van hun welzijn en het behoud van de zorgkwaliteit. Het praktische karakter van de brochure draagt dus bij aan de concrete maatschappelijke meerwaarde van de bachelorproef en ondersteunt een preventieve aanpak in de beroepspraktijk.

Vervolgens is het ontwerp uitgewerkt via Canva. Zoals hierboven vermeld wordt, kan de brochure digitaal verspreid worden via e-mail naar verschillende ziekenhuizen, zodat hoofdvroedvrouwen deze via interne nieuwsbrieven met hun teams kunnen delen. Daarnaast kunnen er eveneens enkele papieren exemplaren worden afgedrukt en op de verpleegpost

** Bij de opmaken van het praktijkdeel werd gebruik gemaakt van de AI-tool Chat GPT. Deze tool werd ingezet door vragen te stellen zoals: 'Geef mij een realistisch voorbeeld van een preventiebrochure over burn-out bij vroedvrouwen.', 'Herschrijf de tekst' en 'Geef een gepaste afbeelding voor bij de brochure'.

beschikbaar gelegd worden. Zo blijft de brochure visueel aanwezig en binnen handbereik. Een fysiek exemplaar nodigt bovendien sneller uit tot raadpleging dan een mail die mogelijk in de inbox verdwijnt. De enige kosten die hierbij dus betrokken zijn, zijn de kleur en het papier om de brochures mee te printen.

Hoewel de effectiviteit van de brochure moeilijk vooraf te voorspellen is, zijn er verschillende bemoedigende factoren die wijzen op een potentieel positief effect. Het meest overtuigende argument is de laagdrempeligheid van het materiaal, waardoor vroedvrouwen op een toegankelijke manier worden aangemoedigd om kleine, haalbare aanpassingen door te voeren in hun dagelijkse praktijk. Deze schijnbaar eenvoudige veranderingen kunnen op termijn een aanzienlijke impact hebben op het mentaal welzijn en de veerkracht van de vroedvrouw. Dit draagt niet alleen bij aan haar eigen gezondheid, maar ook aan de kwaliteit van zorg voor moeder en kind.

Op langere termijn is het de bedoeling dat deze positieve evoluties meetbaar worden, bijvoorbeeld via een daling van het algemene stressniveau op de dienst. Om dit in kaart te brengen, zou na enkele maanden een evaluatie kunnen plaatsvinden aan de hand van kwantitatieve vragenlijsten. Als uit die meting blijkt dat het stressniveau is gedaald, wijst dit erop dat de voorgestelde preventieve aanpak effectief aanslaat.

De praktisch uitwerking is terug te vinden onder bijlage 1 en bijlage 2.

7 Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw

Deze bachelorproef benadrukt dat de gezondheid en het welzijn van de vroedvrouw essentieel zijn voor de kwaliteit van de zorg die zij verleent. Een goede work-life balans en het voorkomen van burn-out zijn daarom noodzakelijk om de vakbekwaamheid en betrokkenheid van vroedvrouwen te behouden.

Allereerst, wordt er aangetoond dat burn-out de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloedt. Het kan leiden tot verminderde empathie, minder aandacht voor details en een verhoogde kans op fouten, wat de veiligheid en tevredenheid van moeder en kind direct beïnvloedt. Het welzijn van de vroedvrouw is dus niet alleen belangrijk voor haarzelf, maar ook voor haar patiënten.

Daarnaast is de intentie om het beroep te verlaten een belangrijk aspect, omdat burn-out vaak leidt tot verminderde werktevredenheid en een hogere uitval uit het vak. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg, maar kan ook het behoud van gekwalificeerd personeel in de sector in gevaar brengen. Het bieden van adequate ondersteuning staat dus centraal, zowel voor het welzijn van de vroedvrouw als voor het behoud van het personeel binnen de verloskunde. Het doorbreken van deze vicieuze cirkel is hierbij een belangrijk doel, zoals ook in de bachelorproef besproken.

Tot slot onderstreept de bachelorproef dat het welzijn van de vroedvrouw zelf cruciaal is. Een gezonde en gemotiveerde vroedvrouw kan beter omgaan met de emotionele en fysieke belasting van haar werk, wat haar prestaties en de kwaliteit van de zorg ten goede komt. Het beschermen en bevorderen van dat welzijn is daarom essentieel voor het voorkomen van burn-out en het behouden van kwalitatieve verloskundige zorg.

Algemeen besluit

Deze bachelorproef biedt eerst een uitgebreide verkenning van burn-out bij vroedvrouwen, waarbij verschillende aspecten van het fenomeen worden belicht. In het tweede hoofdstuk worden de belangrijkste oorzaken van burn-out besproken aan de hand van het Job Demands-Resources-model. Het derde hoofdstuk richt zich op de gevolgen van burn-out voor de kwaliteit van zorg, onderverdeeld in directe en indirecte effecten, en benadrukt de impact op patiëntenzorg. Vervolgens behandelt het vierde hoofdstuk de mogelijke preventiestrategieën, aangevuld met Vlaamse en internationale maatregelen op micro-, meso- en macroniveau, inclusief het belang van opleiding. Tot slot bespreekt het laatste hoofdstuk de re-integratie van de vroedvrouw na burn-out, met praktische handvaten en de fasen van het re-integratieproces.

De bevindingen uit de verschillende hoofdstukken wijzen op het belang van het identificeren van oorzaken en het voorkomen van burn-out om de zorgkwaliteit te waarborgen. Het hoofdstuk over oorzaken onderstreept dat werkdruk, emotionele belasting en persoonlijke factoren bijdragen, terwijl de geconstateerde gevolgen laten zien dat burn-out niet alleen de vroedvrouw zelf raakt, maar ook de patiëntenzorg negatief beïnvloedt. Preventiestrategieën en re-integratieprocessen worden gepresenteerd als essentiële middelen om burn-out te voorkomen en effectief te herstellen, waarbij laagdrempelige initiatieven en structurele ondersteuning centraal staan. Deze inzichten benadrukken dat een holistische aanpak, gericht op preventie en re-integratie, cruciaal is voor het welzijn van vroedvrouwen.

Het praktijkdeel van deze bachelorproef is een preventie brochure, specifiek bedoeld voor vroedvrouwen en de diensten waarop zij werken. Het biedt praktische tips en tricks, zoals ademhalingsoefeningen en mindfulness, en fungeert als een laagdrempelig hulpmiddel dat gemakkelijk kan worden verspreid binnen ziekenhuizen. De brochure is bedoeld om vroedvrouwen bewust te maken van herstelmogelijkheden en hen te ondersteunen in het behouden van hun welzijn op de werkvloer. Door het werken met eenvoudige en toegankelijke middelen hoopt dit praktijkgedeelte een positieve bijdrage te leveren aan een betere werk- en zorgomgeving.

Tot slot onderstreept deze bachelorproef het onmisbare belang van vroedvrouwen. Zij vervullen een essentiële rol in de gezondheidszorg, vooral in de verloskunde, en hun welzijn is rechtstreeks gekoppeld aan de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Het investeren in preventie, begeleiding bij re-integratie en het creëren van een ondersteunende werkomgeving is daarom cruciaal. Het beschermen en versterken van de positie van de vroedvrouw draagt niet alleen bij aan haar eigen welzijn, maar ook voor moeder en kind. Het is van groot belang dat de werkdruk en emotionele belasting serieus worden genomen om de levenskracht en motivatie van deze onmisbare zorgverleners te waarborgen.

Literatuurlijst

- [5] Albendín-García, L., Suleiman-Martos, N., La Fuente, G. A. C., Ramírez-Baena, L., Gómez-Urquiza, J. L., & De La Fuente-Solana, E. I. (2021). *Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review*. *Journal Of Midwifery & Women S Health*, 66(1), 24–44. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13186>
- [1] Atroszko, P. A., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2020). *Work Addiction, Obsessive-Compulsive Personality Disorder, Burn-Out, and Global Burden of Disease: Implications from the ICD-11*. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(2), 660. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020660>
- Barton, M. A., Lall, M. D., Johnston, M. M., Lu, D. W., Nelson, L. S., Bilimoria, K. Y., & Reisdorff, E. J. (2022). *Reliability and validity support for an abbreviated Copenhagen burnout inventory using exploratory and confirmatory factor analysis*. *Journal Of The American College Of Emergency Physicians Open*, 3(4). <https://doi.org/10.1002/emp2.12797>
- [9] Bayes, A., Tavella, G., & Parker, G. (2021). *The biology of burnout: Causes and consequences*. *The World Journal Of Biological Psychiatry*, 22(9), 686–698. <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907713>
- [12] Beaumont, E., & Martin, C. J. H. (2016). *Heightening levels of compassion towards self and others through use of compassionate mind training*. *British Journal Of Midwifery*, 24(11), 777–786. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.11.777>
- [4] Dall’Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). *Burnout in nursing: a theoretical review*. *Human Resources For Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>
- [8] Demerouti, E., PhD, Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). *The Job Demands-Resources Model of Burnout*. In American Psychological Association, Inc., Carl von Ossietzky University, & Utrecht University, *Journal Of Applied Psychology* (Vol. 86, Nummer 3, pp. 499–512). <https://doi.org/10.1037//0021-9010.86.3.499>
- De Quick, I. (2020). *Burn-out en morele stress bij vroedvrouwen*. [Bachelorproef] Bachelor in de vroedkunde, Arteveldehogeschool, Katholiek Hoger Onderwijs Gent
- Desart, S. D. (2017). *Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out*. [Doctoraat] KU Leuven. <https://kuleuvenblogt.be/2017/02/20/op-zoek-naar-een-nieuwe-definitie-van-burn-out/>
- [3] De Witte, H. (2021). *Lessen voor de eenentwintigste eeuw* (Door KU Leuven; Vol. 27). Universitaire Pers Leuven.
- [13] Dewulf, D. (2016). *De weg van zelfcompassie: van kwetsbaarheid naar veerkracht*. Lannoo Meulenhoff - Belgium.
- [11] Doherty, J., & O’Brien, D. (2022). *Reducing midwife burnout at organisational level — Midwives need time, space and a positive work-place culture*. *Women And Birth*, 35(6), e563–e572. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.003>

- [13] El Asjadi, H., El Amraoui, L., Expertisecentrum Zorgstroom, Karel de Grote Hogeschool, Expertisecentrum Kraamzorg, Kraamvogel vzw, Trefhulp Zelfhulp, & Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen. (2020). *Vlaamse vroedvrouwen nood aan sociale steun via peersupport groepen*. https://www.kraamvogel.be/images/Peer_support_KDG_020320.pdf
- [19] Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*. In *Federale Raad voor de Vroedvrouwen*, Advies 2016/01 van de Federale Raad Voor de Vroedvrouwen. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_fr_vv_bijlage_beroepsprofiel.pdf
- Franck, E. (2021). *Hoe kan je zijn wie je echt bent?* Universiteit van Vlaanderen. <https://www.universiteitvanvlaanderen.be/college/hoe-kan-je-zijn-wie-je-echt-bent>
- [4] Geraghty, S., Speelman, C., & Bayes, S. (2018). *Fighting a losing battle: Midwives experiences of workplace stress*. *Women And Birth*, 32(3), e297–e306. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.012>
- [16] Geuens, N., Franck, E., Vlerick, P., & Van Bogaert, P. (2021). *The effect of an online individualized program to prevent nurse burnout – a mixed method study*. *International Journal Of Workplace Health Management*, 15(1), 19–37. <https://doi.org/10.1108/ijwhm-06-2020-0090>
- [18] Kool, L., Jong, E. I. F., Mastenbroek, N. J., Schellevis, F. G., & Jaarsma, D. A. (2023). *Midwives' occupational wellbeing and its determinants. A cross-sectional study among newly qualified and experienced Dutch midwives*. *Midwifery*, 125, 103776. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103776>
- [4] Kuipers Y., Mestdagh E., Beentjes M., Bleijenbergh R., Brosens C., Bosmans V., Embo M., Stiers M., Torfs K. & Zemouri C. (2024). *Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laagrisicobevallingen*. AP Hogeschool. Ebpracticenet. <https://ebpnet.be/nl/ebsources/9818>
- Leblond, J., Faurie, I., & Corbière, M. (2024). *Obstacles, Self-Efficacy, and Strategies for Returning to Work after Experiencing Burnout: Paving the Path to Sustainable Reintegration*. *Journal Of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-024-10260-5>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2016). *Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience*. *Burnout research*, 3(4), 89-100. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2016.09.001>
- [7] Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. *Journal Of Occupational Behaviour*, 2.
- [7] Maslach, C., & Jackson, S. E. (2024). *Maslach Burnout inventory - Human Services Survey for Medical Personnel (MBI-HSS (MP)) - Assessments, tests*. Mind Garden. <https://www.mindgarden.com/315-mbi-human-services-survey-medical-personnel>
- [7] Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *The Maslach Burnout Inventory Manual (3de editie)*.

- Moran, L., Foster, K., & Bayes, S. (2023). *What is known about midwives' well-being and resilience? An integrative review of the international literature*. *Birth*, 50(4), 672–688. <https://doi.org/10.1111/birt.12756>
- [14] Mottard, N. (2019). *De jobtevredenheid van de vroedvrouw werkzaam in het midwifery led care zorgmodel versus het medisch zorgmodel*. In H. Baele & S. Accou (Reds.), [Bachelor] in de Vroedkunde. <https://www.scriptieprijs.be/sites/default/files/thesis/2019-10/Noa%20Mottard%20BAP%20deelname%20Vlaamse%20scriptieprijs%202019.pdf>
- [8] Rooman, C., & Deros, E. (2023). *Houvast na burn-out: do's & don'ts voor een geslaagde re-integratie*. In Universiteit Gent. <https://www.ugent.be/ugentatwork/nl/research-briefs/research-brief-59.htm>
- [8] Rooman, C., Sterkens, P., Schelfhout, S., Van Royen, A., Baert, S., & Deros, E. (2021). *Successful return to work after burnout: an evaluation of job, person- and private-related burnout determinants as determinants of return-to-work quality after sick leave for burnout*. *Disability And Rehabilitation*, 44(23), 7106–7115. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1982025>
- Schaufeli, W., B., De Witte, H., Desart, S. (2020). *Handleiding Burnout Assessment Tool (BAT) - versie 2.0* [Handleiding]. KU Leuven. <https://burnoutassessmenttool.be/wp-content/uploads/2020/08/Handleiding-BAT-versie-2.0.pdf>
- [5] Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2015). *Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives*. *International Journal Of Nursing Studies*, 578=587. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006>
- [10] Öztürk S., & Karabulutlu Ö. (2021). *Examination of the relationship between compassion fatigue and life satisfaction in midwives, Kars province, Turkey*. *Population Medicine*, 3(vember), 1–7. <https://doi.org/10.18332/popmed/143260>
- [6] Sidhu, R., Su, B., Shapiro, K., & Stoll, K. (2020). *Prevalence of and factors associated with burnout in midwifery: A scoping review*. *European Journal Of Midwifery*, 4(February). <https://doi.org/10.18332/ejm/115983>
- [2] Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Ramirez-Baena, L., Ortega-Campos, E., & De La Fuente-Solana, E. I. (2020). *Prevalence and Predictors of Burnout in Midwives: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(2), 641. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020641>
- [15] Swinnen, L. (2023). *Versterk je nervus vagus* (7de editie). Lannoo.
- [17] Trefpunt Zelfhulp VZW. (2025). *Tussen-STOP*. <https://www.zelfhulp.be/zelfhulpgroepen/tussen-stop>
- Vandenbroeck, S., Van Gerven, E., De Witte, H., Vanhaecht, K., & Godderis, L. (2017). *Burnout in Belgian physicians and nurses*. *Occupational Medicine*, 67(7), 546–554. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx126>

- Van Dievoort, N. (2015). *Onderzoek naar burn-out in een universitair ziekenhuis* (P. Hoebeke & Guy Bronselaer, Reds.) [Masterproef], Universiteit van Gent. https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/214/156/RUG01-002214156_2015_0001_AC.pdf
- [10] Van Ham, Y. (2020, 27 september). *Burn-out of Compassiemoeheid?* - BURN-OUT ACADEMY. BURN-OUT ACADEMY -. <https://www.burnoutacademy.be/burn-out-of-compassiemoeheid/>
- World Health Organization (2016) *International Classification of Diseases 10th Revision* 2016. <https://www.who.int/publications/m/item/official-who-icd-10-updates-2016-package>
- World Health Organization (2019) *Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases 11th Revision* 2019. http://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/.

Gedurende het schrijven van mijn bachelorproef heb ik gebruikgemaakt van AI, specifiek Chat GPT en Chat PDF. Deze tools werden ingezet doorheen de hele bachelorproef, aan de hand van instructies zoals: ‘Verwoord deze tekst professioneler’, ‘Formuleer deze zinnen anders’, ‘Maak een samenvatting van dit PDF-document’ en ‘Haal de essentie uit de tekst’.

Bijlage

Bijlagenlijst

1. Bijlage 1: binnenkant praktijkdeel
2. Bijlage 2: buitenkant praktijkdeel

Wat is burn-out?

Een toestand die ontstaat door een combinatie van werk-gerelateerde overbelasting, persoonlijke kwetsbaarheden en/of problemen in de privésfeer.

(Desart, 2017)

Symptomen:

Burn-out is een complex probleem. Dit zijn enkel de belangrijkste, niet limitatieve symptomen:

Hoofdsymptomen:

- **Emotionele uitputting**

Een verlies van energie en aanhoudende vermoeidheid, wat resulteert in een gevoel van leegte. Zowel de fysieke als mentale krachten zijn opgebrand.

- **Depersonalisatie/cynisme**

Door een toenemende emotionele distantie, zal je jezelf verliezen in het werk en uiteindelijk terugtrekken uit de werkomgeving. Dit wordt mede veroorzaakt door een verlies van idealisme binnen de professionele context. Hierdoor kan demotivatie ontstaan.

- **Gevoel van verminderde bekwaamheid**

Een gevoel van onvoldoende professionele doeltreffendheid. Je voelt je minder zelfzeker in de job en begint te twijfelen. Dit leidt tot een daling in productiviteit en een onvermogen om effectief om te gaan met uitdagingen.

(De Quick, 2020; Letten & Mastlach, 2016; Vandenbroeck et al., 2017)

Begeleidende symptomen:

- **Psychosomatische spanningsklachten**

Lichamelijke klachten die mede veroorzaakt worden door psychische factoren.

Bv: darmklachten, ademhalingsproblemen zoals kortademig zijn.

- **Gedragsmatige spanningsklachten**

Gedragsmatige klachten die mede veroorzaakt worden door psychische factoren.

Bv: piekeren, slaapproblemen, paniekaanvallen

(Desart, 2017)



Hoe herken je het op tijd?

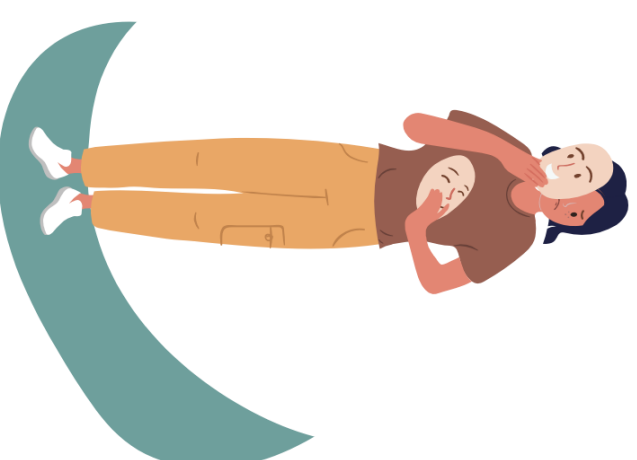
Let op veranderingen in:

- Gedrag op werkvloer en privé
- Jouw contact met collega's
- Stabiliteit van emoties
- Ervaar je een hoge werkdruk?
- Vindt je het moeilijk om nee te zeggen?
- Traumatische perinatale gebeurtenissen waarmee je blijft zitten?



**“ALS ER NIETS VERANDERT,
VERANDERT ER NIETS”**

(ERIK FRANCK, 2021)



Bijlage 1

Wat kan je zelf preventief doen?

1) Bewaak je eigen grenzen

- Wees eerlijk tegen jezelf
- Wees bewust van jouw valkuilen
- Durf nee zeggen

2) Zoek manieren om te ontspannen

- Mindfulness
- Ademhalingsoefeningen (bv: 4-7-8 oefening)
- Zoek de natuur op
- Beweeg voldoende
- Gebruik bv. kort koud douchen als anti-stressmiddel
- Vind geïndividualiseerde informatie (bv: online programma Universiteit Antwerpen)

3) Praat erover

- Zoek steun en erkenning bij een collega of vertrouwenspersoon
- Gebruik zelfhulpgroepen (bv: tussen-STOP)
- Gebruik peersupport-groepen

4) Laat jezelf helpen

- Zoek professionele hulp op bij de huisarts of een psycholoog
- Bespreek het met jouw werkgever

(Baumont, 2016; Swinnen, 2021)

“EEN NEE TEGEN IEMAND ANDERS, IS EEN JA TEGEN JEZELF” (ERIK FRANCK, 2021)



Wat kan de dienst preventief doen?

- Creëer een constructieve feedbackcultuur
 - Professionele reflectie
 - Mogelijkheid tot aangeven van persoonlijke grenzen
- Zowel door werknemer als werkgever (gemiddeld 1x per maand)
- Organiseer regelmatig een teambuilding
- Maak ruimte voor recuperatiemomenten (bv. na cruciale of ingrijpende werksituaties)

(De Witte, 2021; Doherty & O'Brien, 2022; Kool et al., 2023; Mortland, 2019)



Burn-out voorkomen als vroedvrouw

