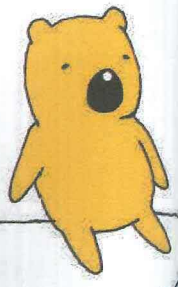
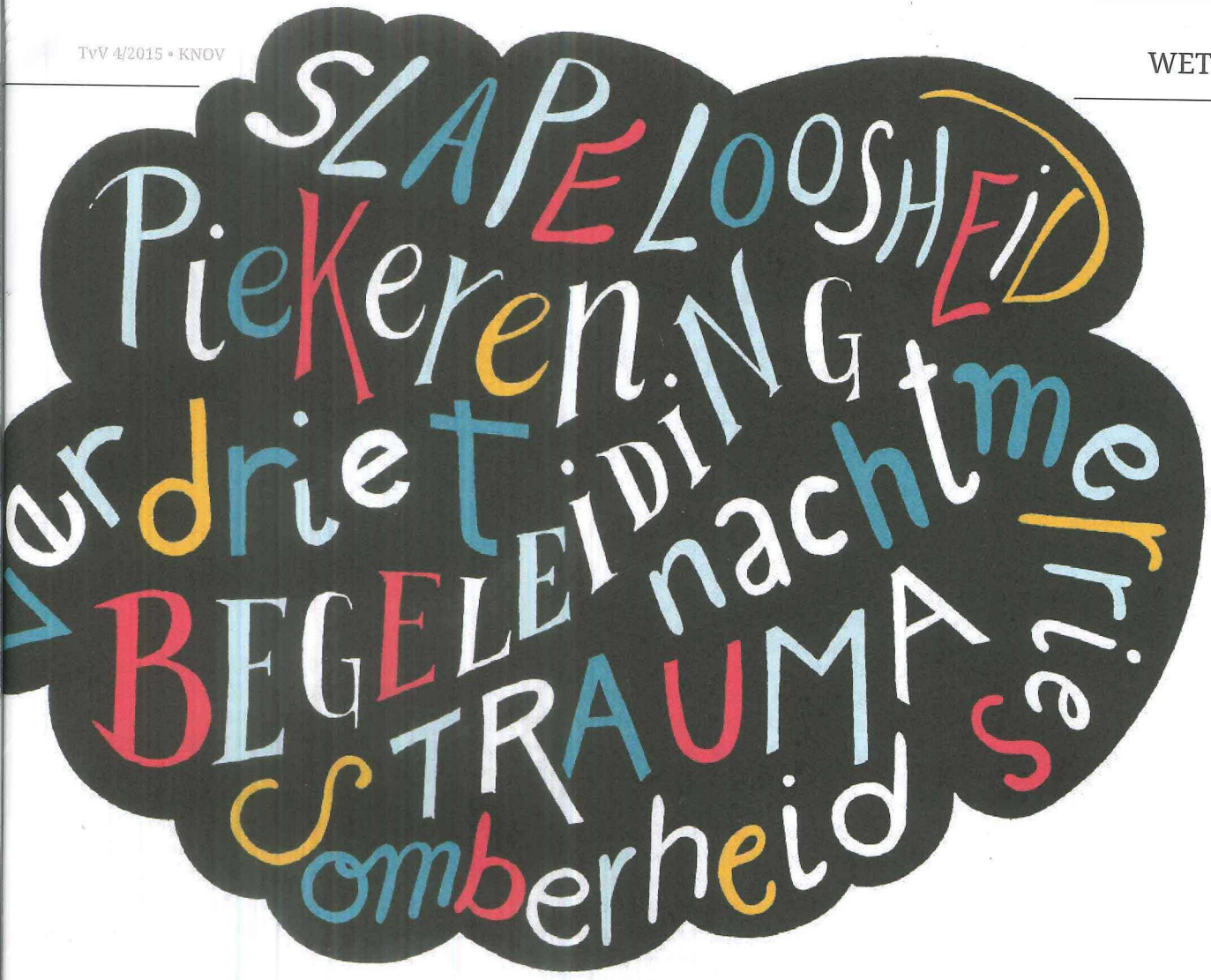
Ruth Evers, Sitaya Zomer, Melanie Baas, Claire Stramrood, Mariëlle van Pampus, Lea Dijksman

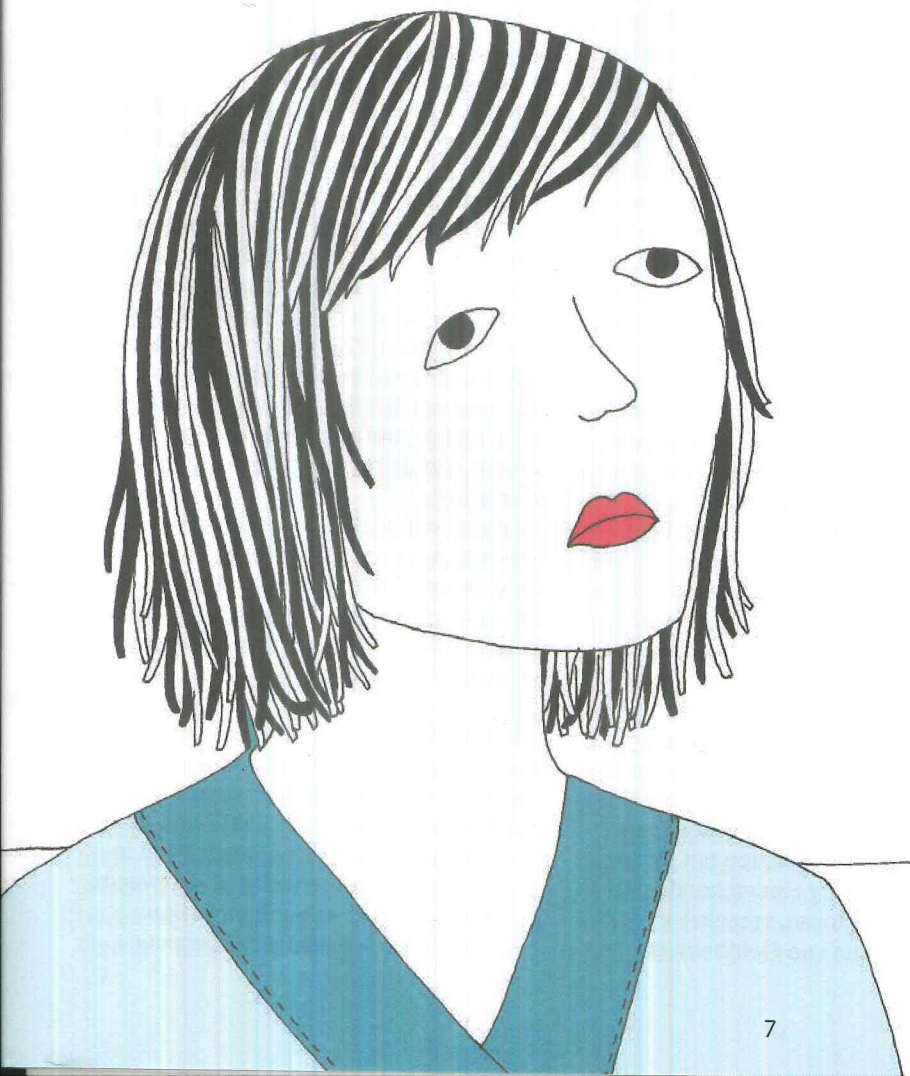
INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN OP DE WERKVLOER

Dat vrouwen de bevalling soms als traumatisch ervaren of zelfs een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkelen is inmiddels bij de meeste verloskundigen wel bekend. Maar hoe ervaren wij zélf als verloskundigen de soms spannende, nare, of verdrietige situaties die we tijdens ons werk meemaken? Hoe gaan wij om met ingrijpende gebeurtenissen en hoe zouden we willen dat opvang geregeld wordt? Een multidisciplinaire werkgroep deed onderzoek onder verloskundigen naar de impact van belastende gebeurtenissen.

ILLUSTRATIE: CRISTINA GUITIAN




SLAPELOOSHEID
Piekeren
verdriet
BEGELEIDING
nachtmerries
TRAUMA
somberheid



De belangrijkste stressoren voor verloskundigen zijn het meemaken van sterfte, conflicten met collegae en de hoge werklast.

Leerpunten

Het is nodig om aandacht te besteden aan de impact die belastende gebeurtenissen hebben op verloskundigen.
Ruim een op de acht verloskundigen heeft ten minste een traumatische gebeurtenis tijdens het werk meegemaakt en bij 2% zijn aanwijzingen voor een huidige posttraumatische stressstoornis (PTSS).
Veel verloskundigen zijn niet tevreden over de huidige nazorg en er is vaak geen lokaal protocol.
Na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis willen verloskundigen graag evaluatie met directe collega's, een-op-een-gesprekken met psycholoog, coach of multidisciplinaire intervisie met niet-directe collega's.

Inleiding

Verloskundige A wordt gebeld voor de thuisbevalling van het vierde kind van mevrouw B. Thuis blijkt er volledige ontsluiting te zijn. Na het breken van de vliezen is er sprake van meconiumhoudend vruchtwater, de baby wordt binnen twee minuten geboren, maar ademt niet. Reanimatie wordt gestart, met spoed komt een ambulance. In het Academisch Centrum blijkt er sprake te zijn van meconiumaspiratie. Na een week is de baby buiten levensgevaar en herstelt restloos. De collega's van de verloskundige leven mee, haar handelen wordt als conform de geldende richtlijnen beoordeeld. De ouders zijn haar dankbaar voor haar adequate handelen. Maar de verloskundige ervaart steeds meer stress tijdens de diensten, heeft nachtmerries over wat er had kunnen gebeuren, breekt regelmatig zonder indicatie de vliezen – om te weten of er geen sprake is van meconium – en is opgelucht als mensen kiezen voor een poliklinische bevalling. Hoe meer tijd er verstrijkt hoe erger haar klachten worden. Uiteindelijk zoekt ze hulp.

Bij brandweerlieden, politieagenten en ambulancepersoneel is veel bekend over de invloed van ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer. De studie van Fjeldheim et al. beschrijft onder ambulanceverpleegkundigen in opleiding een hoge prevalentie (16%) van posttraumatische stressstoornis (PTSS) [1]. PTSS is een psychiatrische aandoening die men kan ontwikkelen na het meemaken van een traumatische gebeurtenis. Deze wordt gekenmerkt door de volgende klachten: herbeleven van het trauma, vermijden van dingen die aan het trauma doen denken, negatieve gedachten en stemming en verhoogde prikkelbaarheid. Wanneer deze klachten ten minste een maand aanwezig zijn en het dagelijks functioneren verstoren, spreekt men van PTSS [2]. In de studie van Fjeldheim hebben diegenen die aan de criteria voor PTSS voldoen significant meer trauma's meegemaakt. Bij deze studie zijn echter andere factoren dan werk niet uit te sluiten als oorzaak van PTSS. In een studie onder gynaecologen in opleiding in de VS gaf 8% aan te hebben overwogen om te stoppen vanwege de emotionele belasting die een doodgeborene met zich meebrengt [3]. Artsen die adequate training hadden gehad hoe hiermee om te gaan, gaven significant minder vaak aan overwogen te hebben om te stoppen dan artsen zonder zo'n training. Uit een studie van Ruitenburg onder artsen werkzaam in een academisch ziekenhuis, bleek bij 15% aanwijzingen voor een PTSS [4].
Onder verloskundigen is amper onderzoek gedaan. Een recente studie uit 2015 laat zien dat 33% van de verloskundigen in het Verenigd Koninkrijk klinisch relevante scores behaalden op een PTSS-vragenlijst; 35% overwoog te stoppen met het vak na het meemaken van een traumatische gebeurtenis [5]. Verloskundigen die voldeden aan de criteria voor PTSS hadden significant vaker burn-out klachten. Banovcinova et al. noemen als belangrijkste stressoren voor verloskundigen het meemaken van sterfte, conflicten met collegae en de hoge werklast [6].
In 2010 heeft de KNOV de handreiking 'Opvang na een traumatische gebeurtenis' uitgegeven [7]. Doel van het onderzoek was het in kaart brengen van de impact van belastende gebeurtenissen tijdens het werk op verloskundigen.

Methoden

Voorjaar 2014 werd via de nieuwsbrief van de KNOV een vragenlijst gestuurd naar verloskundige leden. De KNOV had op 1 januari 2014 3002 stemgerechtigden leden, waarvan 2176 eerstelijns, 386 tweede- en derdelijns verloskundigen, en 440 overige leden. Daarnaast werden 1100

Samenvatting

INTRODUCTIE

Onder verloskundigen is nauwelijks onderzoek gedaan naar de impact van ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer.

METHODEN

691 verloskundigen (77% werkzaam in de eerste lijn) vulden anoniem een enquête in over belastende gebeurtenissen inclusief twee screeningsvragenlijsten over PTSS, depressie en angst in.

RESULTATEN

13% heeft tenminste een traumatische gebeurtenis tijdens het werk meegemaakt en bij 2,2% zijn aanwijzingen voor een huidige PTSS. Depressie (7%) en angstklachten (14%) komen vaker voor in de eerste lijn dan in de tweede of derde lijn. De meest belastende momenten zijn een diagnose missen, overlijden van moeder of baby, kritieke momenten en twijfel over beslissingen. Minder dan de helft vindt de huidige opvang goed geregeld. Verloskundigen willen het liefst opvang door evaluatie met directe collega's en een-op-een-gesprekken met een psycholoog, coach of multidisciplinaire intervisie met niet-directe collega's.

CONCLUSIE

Veel verloskundigen maken traumatische gebeurtenissen mee tijdens het werk en 2% voldoet aan de criteria van PTSS. De meeste verloskundigen vinden dat de opvang verbeterd moet worden.

verloskundigen uit de database van TALMOR benaderd (grotendeels overlappend met KNOV-leden). Vervolgens zijn via social media (Facebook en Twitter) oproepen gedaan aan verloskundigen om de vragenlijst in te vullen. De vragenlijst was anoniem online in te vullen via een niet-persoonsgebonden link en bestond uit 22 algemene vragen en twee gevalideerde vragenlijsten over psychologische klachten. Naast demografische kenmerken werd gevraagd naar ervaringen en meningen over emotioneel belastende gebeurtenissen op de werkvloer. De twee goed gevalideerde psychologische meetinstrumenten waren de Trauma Screening Questionnaire (TSQ) [8] wat een 10-item screeningsinstrument is voor PTSS, en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [9], screeningstest voor angststoornissen en depressie. Bij een TSQ-uitslag van ≥6 zijn er aanwijzingen voor een PTSS. De afkapwaarde voor angst en depressie, gemeten met de HADS is ≥8. De combinatie angst en depressie werd vastgesteld als de HADS totaal een afkapwaarde had van >12.
De analyses werden uitgevoerd met SPSS 21. Continue waardes werden uiteengezet met mediaan en interkwartielrange, categorische data met aantal en percentages. Verschillen tussen de groepen werden getoetst met een Mann-Whitney U test (continue waardes) en Chi-kwadraat test (categorische data). Open vragen werden gecategoriseerd door twee onafhankelijke beoordelaars, waarbij middels discussie tot overeenstemming gekomen werd (27%).

Resultaten

De vragenlijst werd door 691 respondenten ingevuld (tabel 1). Van alle respondenten kwam 77% (531) uit de eerste lijn (waarnemers, verloskundigen in een maatschap, solopraktijk of loondienst); 19% (133) uit de tweede lijn; en 2,6% (18) uit de derde lijn. Voor het bespreken van de resultaten zijn de tweede en derde lijn samen gevoegd. De overige 3% (in tabel buiten beschouwing gelaten) bestond uit diverse werknemers binnen de verloskunde, waaronder echoscopisten, lactatiekundigen, verloskundig onderzoekers, niet-praktiserende verloskundigen, verloskundigen in ruste, verloskundigen in een managementpositie, een verloskundig docent, een verloskundige in opleiding en arbeidsongeschikten.
Van de respondenten gaf 13% (89) aan minstens één gebeurtenis tijdens het werk als traumatisch te hebben ervaren, daarvan hebben 85 daadwerkelijk de TSQ ingevuld. Van deze 85 respondenten scoorde 18% (15) boven de afkapwaarde van de TSQ (≥6), wat kan wijzen op huidige PTSS (tabel 2). Dit aantal staat gelijk aan 2,2% van het totaal aantal respondenten. De TSQ-scores tussen eerstelijns en tweede/derdelijns verloskundigen zijn niet significant verschillend (p= 0,152).

Uit ons onderzoek blijkt dat 13% een werkgerelateerde gebeurtenis als traumatisch ervaren heeft.

Ruth Evers is verloskundige en coach/trainer TALMOR;
Sitaya Zomer is coassistent en
Melanie Baas MSc is psycholoog en co-assistent, beiden in de UvA;
dr. Claire A.I. Stramrood is gynaecoloog io, UMC Utrecht
dr. Mariëlle G. van Pampus is perinatoloog en
dr. Lea M. Dijksman is epidemioloog, werkzaam in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Van de 691 respondenten hebben 675 mensen de HADS-vragenlijst ingevuld (tabel 2). In totaal scoorde 14% (96) van de ondervraagden boven de afkapwaarde voor een angststoornis (Anxiety score ≥8). Dit percentage was ruim twee keer zo hoog onder eerstelijns als onder tweede- en derdelijns verloskundigen (16% versus 7%) (p=0,031). 7,1% (n=48) scoorden boven de afkapwaarde voor een depressieve stoornis (Depression score ≥8) , en ook hier scoren eerstelijns verloskundigen bijna twee keer zo vaak boven de afkapwaarde (8% versus 4,5%) (p=0,001). 15% (98) van de respondenten scoorde boven de afkopwaarde van de HADS-totaalscore (Anxiety + Depression: afkapwaarde >12); eerstelijns verloskundigen scoorden vaker boven de afkapwaarde.

33% van de ondervraagden overwoog ooit te stoppen met werken als verloskundige. De belangrijkste redenen hiervoor zijn hoge werkdruk (20%), onregelmatige en 24-uurs diensten (17%), balans werk-privé (15%), zware belasting fysiek en mentaal (zoals vermoeidheid, burn-out, stress) (15%). Van de verloskundigen die overwogen te stoppen, hebben 10/46 (22%) een TSQ ≥6; tegen 5/39 (13%) van degenen die dit niet overwogen (p=0,282). De meest emotioneel belastende momenten zijn volgens de respondenten een diagnose missen (65%), het overlijden van een moeder of baby (64%), kritieke momenten (57%), twijfel over beslissingen (39%), niet kunnen helpen (26%) en slecht nieuws brengen (18%), zie figuur 1. Tegen 14% van de respondenten is ooit een klacht ingediend.

Na het meemaken van een belastende gebeurtenis vonden verloskundigen de meeste steun tijdens informele gesprekken met collega's (92%), door te praten met vrienden of familie (75%) en door afleiding te zoeken (28%). Er is geen relatie tussen jaren werkervaring en de tevredenheid over de opvang na een belastende gebeurtenis (p=0,409). 43% vindt de huidige opvang die er is na het meemaken van een emotioneel belastende gebeurtenis goed. 85% van de respondenten ervaart dat er ruimte is voor emoties binnen hun praktijk of op de afdeling. 33% van de respondenten heeft naar aanleiding van nare – cliënte gerelateerde gebeurtenissen de werkomstandigheden aangepast. Dit geldt voor 35% (n=187) van de verloskundigen uit de eerste lijn en voor 22% (n=31) verloskundigen uit de tweede en derde lijn, dit is significant verschillend (p=0,004).

14% van de verloskundigen heeft een vast protocol betreffende de nazorg bij een emotioneel belastende gebeurtenis, hiervan is 63% tevreden over de huidige opvang. Respondenten die niet tevreden zijn met de opvang na een emotioneel belastende gebeurtenis hebben een significant hogere HADS-totaalscore dan zij die wel tevreden zijn, p<0,001. Ook op de afzonderlijke HADS Anxiety en HADS Depression subschalen scoren zij significant hoger (beide p< 0,001). Dit verschil is niet significant aanwezig bij de TSQ (p=0,387). Tussen verloskundigen die een protocol hebben of verloskundigen die dit niet hebben is geen significant verschil op de TSQ- (p=0,215) en HADS-scores (p=0,103). Van de 94 verloskundigen die een klacht tegen zich ingediend hebben gekregen, is 39% (n=37) tevreden over de huidige opvang na een belastende gebeurtenis. Dit is niet-significant verschillend (p=0,428) met de verloskundigen die geen klacht tegen zich ingediend hebben gekregen (44%).

De respondenten willen het liefst opvang zien in de vorm van evaluatie met directe collega's (79%), een-op-een-gesprekken met psycholoog of coach (30%), multidisciplinaire intervisie met niet-directe collega's (28%) of intervisie met verloskundigen die geen directe collega's zijn (17%).

1 Demografische kenmerken van de respondenten

Leeftijd	Totaal* N=691(%)	1e lijns* N= 531 (%)	2e en 3e lijns* N=139 (%)
20-24 jaar	21 (3)	21 (4)	0 (0)
25-34 jaar	297 (43)	249 (47)	44 (32)
35-44 jaar	188 (27)	134 (25)	45 (32)
45-54 jaar	126 (18)	87 (16)	33 (24)
55-64 jaar	57 (8,2)	38 (7)	17 (12)
65 jaar of ouder	2 (0,3)	2 (0,4)	0 (0)
Vrouw	680 (98)	525 (99)	135 (97)
Jaren werkervaring (range in %)	10 (7-16)	11 (7-17)	10 (4-20)

Alle variabelen zijn in mediaan (25%-75%) of in aantal (%).
Er waren 21 personen die niet in de 1e of 2e/3e lijn werkzaam zijn.
Deze staan wel bij het totaal. Als een verloskundige zowel in de 1e als 2e/3e lijn werkzaam is, is deze uitsluitend in de eerste lijn geteld.

2 TSQ- en HADS-score (subschalen en totaal)

	Totaal n=675	1e lijns (n= 522)	2e en 3e lijns (n=132)	significantie p=
TSQ-scores	2(0-4)	2 (0-5)	1 (0-3)	0,152
HADS-anxiety (≥8)	96 (14)	83 (16)	10 (7)	0,031
HADS-depression (≥8)	48(7,1)	39 (8)	6 (4,5)	0,001
HADS-total (>12)	98 (15)	83 (16)	10 (8)	0,014

Alle variabelen zijn in mediaan (25%-75%) of in aantal (%).
Er waren 21 personen die niet in de 1e of 2e/3e lijn werkzaam zijn.
Deze staan wel bij het totaal. Als een verloskundige zowel in de 1e als 2e/3e lijn werkzaam is, is deze uitsluitend in de eerste lijn geteld.

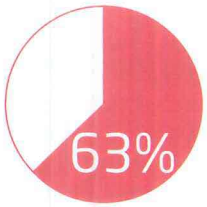
Discussie

Uit ons onderzoek blijkt dat 13% een werkgerelateerde gebeurtenis als traumatisch ervaren heeft, daarvan heeft 2,2% mogelijk een PTSS. Bij 7% van de respondenten is mogelijk sprake van een depressie en 14% heeft aanwijzingen voor een angststoornis. Deze cijfers voor PTSS en angst en depressie komen overeen met de prevalentie van depressie en angststoornissen in de algemene populatie (respectievelijk 6% en 10%)[10]. Hoge sociaaleconomische klasse is echter meer beschermend tegen PTSS en depressie. Voor de beroepsgroep verloskundigen kunnen deze cijfers dus aan de hoge kant zijn. Daarnaast is er alleen naar werkgerelateerde klachten van PTSS gevraagd. Wat opvalt, is het significante verschil in angst en depressie tussen de eerste en tweede/derde lijn. Het zou interessant zijn om te kijken of er een relatie is tussen

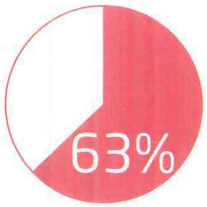
Referenties

1. Fjeldheim CB, Nothling J, Pretorius K, Basson M, Ganasen K, Heneke R, et al. Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and the effect of explanatory variables in paramedic trainees. BMC Emerg Med 2014;14:11.
2. American Psychiatric Association.DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5th ed ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
3. Gold KJ, Kuznia AL, Hayward RA. How physicians cope with stillbirth or neonatal death: a national survey of obstetricians. Obstet Gynecol 2008 Jul;112(1):29-34.
4. Ruitenburg MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2012;12:292-8.
5. Sheen K, Spiby H, Slade P. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: prevalence and association with burnout. Int J Nurs Stud 2015 Feb;52(2):578-87.
6. Banovcinova L, Baskova M. Sources of work-related stress and their effect on burnout in Midwifery. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2014;132:248-54.
7. Opvang na een traumatische gebeurtenis. KNOV; september 2010.
8. Brewin CR, Rose S, Andrews B, Green J, Tata P, McEvedy C, et al. Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. Br J Psychiatry 2002 Aug;181:158-62.
9. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. J Psychosom Res 2002 Feb;52(2):69-77.
10. Graaf R de, Have M ten, Gool C van, Dorsselaer S van. [Prevalence of mental disorders, and trends from 1996 to 2009. Results from NEMESIS-2]. Tijdschr Psychiatr 2012;54(1):27-38.

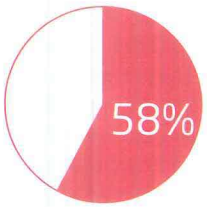
Momenten die emotioneel het meest belastend zijn (meerdere antwoorden mogelijk)



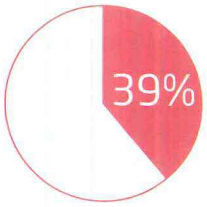
diagnose missen



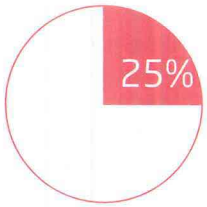
overlijden



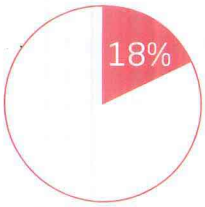
levensgevaar



twijfel beslissing



niet helpen



slecht nieuws

Binnen de verloskunde is een cultuuromslag nodig om de discrepantie tussen de huidige en gewenste situatie aan te pakken.

deze cijfers en een verschuiving van eerstelijns verloskundigen naar de tweede en derde lijn. Daarnaast zou het interessant zijn om een onderzoek te starten onder verloskundigen die gestopt zijn met het vak om te achterhalen wat hier de voornaamste redenen voor zijn geweest.

Vermijding is één van de symptomen van PTSS, het zou dus kunnen zijn dat verloskundigen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt de vragenlijst hebben vermeden of zelfs gestopt zijn met het invullen ervan (mogelijk onderschatting problematiek). Ook kan het zo zijn dat diegenen met slechte ervaringen met opvang na traumatische gebeurtenissen extra gemotiveerd waren te reageren (mogelijk overschatting problematiek). Daarnaast is een onderschatting van het aantal PTSS-diagnoses mogelijk omdat volgens de inmiddels verschenen DSM-5 het ervaren van intense gevoelens van angst, hulpeloosheid of afschuw geen voorspeller voor het ontwikkelen van PTSS blijkt. Deze emoties zijn vaak bij hulpverleners ten tijde van het trauma niet aanwezig zijn omdat 'de knop omgaat' om in staat te zijn acute zorg te kunnen verlenen. In de huidige vragenlijst was dit nog wel een criterium, overeenkomend met DSM-IV-criteria voor PTSS.

In een poging zoveel mogelijk verloskundigen te benaderen zijn meerdere netwerken gebruikt zoals social media, de TALMOR-database en het KNOV-ledenbestand, waardoor onduidelijk is hoeveel mensen de vragenlijst hebben ontvangen en wat de response rate is.

PTSS, angst en depressie zijn in dit onderzoek onderzocht door middel van self-report vragenlijsten (TSQ en HADS); aan de hand van vragenlijsten kan geen diagnose gesteld worden, daarvoor is ook evaluatie door een psycholoog of psychiater nodig.

Binnen de verloskunde is een cultuuromslag nodig om de discrepantie tussen de huidige en gewenste situatie aan te pakken. Wat zouden verloskundigen zelf moeten doen en wat is er wenselijk vanuit de KNOV? Een lokaal protocol waarin staat beschreven hoe de opvang na emotioneel belastende gebeurtenissen plaats moet vinden ontbreekt vaak (68%), of men weet niet of dit er is (18%). Verloskundigen – die weten dat ze een protocol hebben – zijn meer tevreden over de huidige opvang dan zij die geen protocol hebben of die niet weten dat dit er wel of niet is. Wij adviseren praktijken, al dan niet in VSV-verband, om een protocol te maken over het omgaan met ingrijpende gebeurtenissen (inclusief meerdere follow-up momenten) en dit ook duidelijk bekend te maken onder de verloskundigen. Gezien de solisten en waarnemers ligt er een taak om van bovenaf een algemeen vangnet te creëren waar iedere verloskundige terecht kan na het meemaken van een traumatische gebeurtenis.

Conclusie

Dit is het eerste Nederlandse onderzoek naar belastende gebeurtenissen op de werkvloer onder verloskundigen. Een cultuuromslag binnen de verloskunde is nodig om de door verloskundigen gewenste opvang na een ingrijpende gebeurtenis te creëren.