## Caseload Verloskunde

*Factoren die de bereidheid tot veranderen beïnvloeden*



*22-01-09*

4 mei 2010

H.P.G. Coolen

M.G.J. Hawinkels

M.E. van Westreenen-Blom

Academie Verloskunde Maastricht

Postbus 1256

 6201 BG Maastricht

**Samenvatting**

*Doel:* onderzoeken welke factoren en in welke mate, een rol spelen in bereidheid van 1e lijns verloskundigen in Nederland om te veranderen naar het caseloadmodel.

*Opzet:* cross-sectionele studie; kwantitatief en kwalitatief.

*Methode:* kwantitatief:288 1e lijns praktiserende Nederlandse verloskundigen werden middels e-mail benaderd, om een elektronische vragenlijst te beantwoorden. Kwalitatief: middels purposive sampling werden twee praktijken verzocht deel te nemen aan semigestructureerd interview, doel inzicht verkrijgen in achterliggende motieven van verloskundigen die volgens het caseloadmodel werkten.

*Resultaten:*43% van respondenten uit kwantitatief onderzoek zegt te weten wat caseloadverloskunde is. Verloskundigen lijken meer bereid te veranderen naar het caseloadmodel wanneer ze mogelijkheid krijgen het model uit te proberen, geïnterviewde verloskundigen bevestigen dit. Verloskundigen lijken meer bereid te veranderen wanneer ze denken dat hierdoor het aantal fysiologische partus stijgt en wanneer de huidige structuur van de verloskundige zorgverlening aan vernieuwing toe is. Verloskundigen lijken minder bereid te veranderen wanneer ze denken dat invoering van het caseloadmodel ingewikkeld is.

Opvallend resultaat uit kwalitatief onderzoek is dat kiezen voor het caseloadmodel te maken heeft met persoonlijke invulling t.a.v. de kern van het vak. Deze verloskundigen voelen een duidelijke behoefte zich meer te verbinden met de cliënt; een beroepsoverstijgende cliëntenrelatie op basis van passie en bezieling.

*Conclusie:* Uitproberen van het caseloadmodel lijkt een mogelijkheid voor verloskundigen om kennis te maken met het model. Hierdoor kan bekendheid onder verloskundigen worden vergroot. Mogelijk is werken volgens caseloadmodel niet voor iedere verloskundige de ideale manier zorgverlening. Verwachte nadelen zoals financiële achteruitgang, tijdsinvestering, voorbereiding en het feit dat invoering van het caseloadmodel ingewikkeld lijkt dienen genuanceerd te worden aangezien “de experts” dit niet of nauwelijks bevestigen.

**Abstract**

*Objective:* to explore which factors and to what extent play a role in the willingness of the Dutch midwives’ to change to the caseloadmodel.

*Method:* cross-sectional study. Mixed methods, quantitative and qualitative; The quantitative aspect of this study was conducted in the Netherlands among 288 independent midwives. They were asked to answer a questionnaire to find out the factors that influence midwives in their choice to work as a caseload midwife and in what way these factors were influencing their choice. The qualitative study took place in two practices. A Semi-structured interview was used to explore the experiences of midwives working in accordance with the caseload model.

*Results:* 43% of respondents of the quantitative study said they knew what caseload midwifery means. Midwives are more willing to change to the caseload model after having had the opportunity to test the model. Interviewed midwives confirm this idea. Besides that, midwives appear to be more willing to change when they think that a new model of care will impact on the physiological birth rate, and when they find that the current structure of care needs to be renewed. Midwives seem less willing to change when they think that implementation of the model is complex. Striking result of the quantitative research is that choosing to work according the caseloadmodel has to do with personal interpretation regarding the core of the discipline. These midwives feel a clear need to be more connected to the client; a job-cutting relationship based upon passion and inspiration.

*Conclusion:* Acceptance of the caseload model seem to be more widespread where midwives have had the opportunity to test the model. It’s therefore of importance to increase acquaintance of this way of working. Working according the caseloadmodel is possibly not the ideal way for every midwife.

Expected disadvantages such as financial decline, time investment, preparation and the fact that introduction of the caseload model appears complicated should be nuanced as midwives working with this model do not appear to confirm these disadvantages.

**Inleiding**

Caseload verloskunde is een organisatiemodel van zorg waarbinnen de 1e lijns verloskundige primair verantwoordelijk is voor de planning en uitvoering van zorg voor een afgesproken aantal ‘eigen’ cliënten per jaar. Daarnaast draagt zij secundaire verantwoordelijkheid voor de zorg van een gelijk aantal cliënten van een collega caseload verloskundige (daar waar in de tekst “zij” geschreven staat kan ook “hij” gelezen worden). Deze twee verloskundigen zijn elkaars vaste achterwacht zodat de cliënten zorg krijgen van een voor hen bekende verloskundige. Door het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt staan de continuïteit van zorg (24/7) en de communicatie voorop*.* Caseload verloskundigen kunnen solistisch werkzaam zijn binnen bijvoorbeeld een duo- of groepspraktijk. Dit biedt de kans tot overleg en collegiale ondersteuning. Tegenover de continue bereikbaarheid staat dat verloskundigen regelmatig langere perioden vrij zijn [1]*.*

In Nederland is voor zover bekend één verloskundigenpraktijk die volgens het caseloadmodel werkt. Daarnaast wordt onder meer binnen de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) volgens het caseloadmodel gewerkt. Mondiaal wordt er in Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland, Australië en Duitsland volgens het caseloadmodel gewerkt.

Het pas verschenen rapport ‘Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte’ van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte geeft een duidelijk advies over hoe men een gezonde en veilige zwangerschap beter kan garanderen. Volgens de Stuurgroep is het opbouwen van een vertrouwensband met de zwangere, zodat deze zich veilig voelt, belangrijk. Verder pleit de Stuurgroep voor zorg op maat voor alle zwangeren, toegespitst op de individuele behoeften en omstandigheden [2]. Bovenstaand advies sluit goed aan bij het werken volgens het caseloadmodel gezien de kenmerken van dit model: continuïteit van zorg, opbouwen vertrouwensrelatie en communicatie.

Het caseloadmodel leidt tot minder bevallingsinterventies. Vrouwen uit alle sociaal economische geledingen geven een hogere waardering aan het caseloadmodel vergeleken met andere zorgmodellen, met als belangrijkste kenmerk de relatie tussen de verloskundige en de vrouw gedurende zwangerschap, baring, kraambed en transitie naar moederschap. Verder is er sprake van meer betrokkenheid en vertrouwdheid, hetgeen het spontane verloop van de baring ten goede komt [1, 3, 4].

Fontein stelt, in eerder verschenen onderzoek, dat er onder Nederlandse cliënten en verloskundigen tevredenheid is over het onderscheid tussen de 1e en 2e lijns zorgverlening, maar ontevredenheid over de manier waarop de verloskundige zorg wordt verleend en hoe verloskundigen vrouwen benaderen in hun zorg [4]. Literatuuronderzoek van de Boer et al.[5] geeft inzicht in de wensen en behoeften van Nederlandse zwangeren over de zorgverlening. Conclusies uit dit onderzoek die aansluiten bij werken volgens caseloadmodel zijn:

* Zestig procent van de cliënten wil zowel tijdens de zwangerschap als tijdens de bevalling door dezelfde zorgverlener begeleid worden;
* Cliënten willen niet door te veel verloskundigen begeleid worden, maximaal 4-5;
* Cliënten van groepspraktijken willen graag kennismaken met alle verloskundigen uit de praktijk.

Werken volgens het caseloadmodel heeft mogelijk nadelen voor verloskundigen, zoals financiële achteruitgang en de continue bereikbaarheid die als verhoogde werklast kan worden ervaren. Buitenlands onderzoek van Fereday et al. beschreef ervaringen van verloskundigen met het werken in caseload verband. Doel van dit onderzoek was te achterhalen hoe deze verloskundigen een balans bereikten tussen werk en privé onder invloed van flexibele werkuren en bereikbaarheid. De verloskundigen waren van mening dat ingeroosterde vrije dagen van belang waren voor de balans tussen werk en privé. Support binnen een team was hierbij belangrijk. Overigens werd opgemerkt dat balans tussen werk en privé individueel verschillend kan zijn. Ook omschreven zij flexibiliteit niet zozeer als 24/7 beschikbaarheid, maar als het leveren van individuele zorg waarbij de verloskundige flexibel haar werkzaamheden in kan delen passend bij haar leven en haar omgeving [6].

Ondanks de voordelen van caseload verloskunde voor zowel cliënt als verloskundige wordt deze werkwijze nog nauwelijks in Nederland toegepast. Om antwoord te krijgen op de vraag welke factoren, en in welke mate, een rol spelen in de bereidheid van Nederlandse 1e lijns verloskundigen om volgens het caseloadmodel te werken, is in deze studie is gebruik gemaakt van het implementatie model voor implementatiekennis van ZonMw[7]. Volgens het implementatiemodel is de bereidheid van verloskundigen om te veranderen naar het caseloadmodel o.a. gerelateerd aan kenmerken van de innovatie, kenmerken van de innovator, sociale context en organisatie (figuur 1).

|  |
| --- |
| **Figuur 1. Implementatiemodel toegepast op de bereidheid tot veranderen** **naar het caseloadmodel.** |
|  |

Bron: Checklist voor implementatiekennis van ZonMw[8].

**Methode**

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van kwantitatief en kwalitatief onderzoek. Doel van het kwantitatief onderzoek was te exploreren welke, en in welke mate, factoren van invloed zijn op de bereidheid van 1e lijns verloskundigen in Nederland om te veranderen naar het caseloadmodel. Kwalitatief onderzoek diende als verdieping, waardoor inzicht werd verkregen in achterliggende motieven van experts (verloskundigen die volgens het caseloadmodel werken) om veronderstelde factoren te toetsen.

*Werving*

Voor het kwantitatieve deel werden medio december 2009, 288 e-mails verstuurd naar verloskundigen c.q. praktijken, met de vraag de vragenlijst in te vullen en te retourneren.

E-mailadressen werden verkregen via een databestand van de Academie Verloskunde Maastricht en door handmatig zoeken op internet.

Verloskundigen kwamen in aanmerking voor deelname wanneer zij praktiserende 1e lijns verloskundigen in Nederland waren, met een internetaansluiting en bekend e-mailadres.

Voor het kwalitatieve deel van het onderzoek werden middels purposive sampling twee praktijken benaderd; één in Nederland, één in Groot-Brittannië. Beide praktijken zijn ervaren op het gebied van praktijkvoering volgens het caseloadmodel. Na een e-mail waarin het doel en de aard van de studie werd uitgelegd, is respectievelijk schriftelijk en telefonisch contact gelegd. Beide praktijken gaven toestemming voor een interview.

*Vragenlijst*

Naar aanleiding van literatuuronderzoek en de checklist voor implementatiekennis van ZonMw [8, 9] werden constructen benoemd die mogelijk invloed hebben op de bereidheid tot implementeren van het caseloadmodel. Deze constructen (voor- en nadeel vernieuwing, betrokkenheid, innovatief vermogen, bekendheid met caseloadmodel, flexibiliteit, werklast, attitude ten aanzien van caseloadmodel, structuur en praktijkorganisatie) zijn het uitgangspunt geweest voor de vragenlijst weergegeven in tabel 1. Tabel 1 bevat ook de operationalisatie en de betrouwbaarheid (Cronbach’s α, correlatiecoëfficiënt r2) van de constructen. De vragenlijst bestond uit twee open en 42 gesloten vragen. De gesloten vragen konden beantwoord worden met een Likert-schaal van 1 (helemaal mee eens) tot en met 7 (helemaal mee oneens).

Het kwalitatieve onderzoek ging uit van dezelfde constructen (tabel 1).

**Tabel 1.** Vragenlijstconstructen en operationalisatie met betrekking tot bereidheid tot

veranderen naar het caseloadmodel.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **construct** | **items** |  **α1** | **Operationalisatie2** |
| **Voordeel vernieuwing** | 7 | .72 | Als ik werk via het caseloadmodel zal dit geen voordelen opleveren3. |
|  |  |  | Caseload zorgverlening sluit prima aan bij het huidige beroepsprofiel van de verloskundige. |
|  |  |  | Ik ben in de gelegenheid het caseloadmodel uit te proberen. |
|  |  |  | De gevolgen van caseload verloskunde zullen goed zichtbaar zijn. |
|  |  |  | Met invoering van het caseloadmodel daalt het aantal interventies tijdens de partus. |
|  |  |  | Voor een stijging van het aantal fysiologische partus ben ik bereid te veranderen naar het caseloadmodel. |
|  |  |  | Caseload werken betekent voor mij meer tijd voor de cliënte. |
| **Nadeel vernieuwing** | 6 | .65 | Geld speelt voor mij een rol om te veranderen naar het caseloadmodel. |
|  |  |  | Invoering van het caseloadmodel is ingewikkeld. |
|  |  |  | Invoering van het caseloadmodel vraagt veel voorbereiding. |
|  |  |  | Invoering van het caseloadmodel brengt risico’s met zich mee. |
|  |  |  | Invoering van een nieuw zorgmodel binnen mijn praktijk kost mij veel tijd. |
|  |  |  | Caseload werken zal mijn werkdruk verhogen. |
| **Betrokkenheid** | 4 | .70 | Ik heb goed contact met mijn cliënte. |
|  |  |  | Ik voel me als verloskundige persoonlijk betrokken bij de cliënte. |
|  |  |  | Als verloskundige vind ik het van belang dicht bij de cliënte te staan. |
|  |  |  | Ik vind de vertrouwensband met mijn cliënten heel belangrijk. |
| **Innovatief karakter** | 3 | .60 | Bij veranderingen binnen de praktijk loop ik voorop. |
|  |  |  | Ik vind het lastig om veranderingen binnen mijn praktijk toe te passen3. |
|  |  |  | Ik zie het liefst dat alles binnen de praktijk blijft zoals het is3. |
| **Bekendheid** | 1 |  | Ik weet wat caseloadverloskunde is. |
| **Flexibiliteit** | 3 | .64 | Ik heb bewust gekozen voor mijn huidige manier van verloskundige zorgverlening.  |
|  |  |  | Ik kan mijn eigen werktijd indelen. |
|  |  |  | Ik kan zonder problemen meer tijd nemen voor een cliënte als dit noodzakelijk is. |
| **Werklast** | 2 | .51 | Mijn werk kost me weinig energie. |
|  |  |  | Werk en privé kan ik goed met elkaar combineren. |
| **Attitude** | 1 |  | Ik sta negatief tegenover het caseloadmodel |
| **Structuur** | 3 | .65 | Ik zou graag verandering zien in de manier waarop de verloskundige zorg op dit moment in Nederland is vormgegeven. |
|  |  |  | Het huidige verloskundige systeem is aan vernieuwing toe. |
|  |  |  | Ik ben voorstander van het caseloadmodel. |
| **Praktijkorganisatie** | 6 | .71 | Binnen de praktijk kan ik mijn eigen visie inbrengen. |
|  |  |  | Ik vind steun bij collega’s als ik het caseloadmodel wil doorvoeren in de praktijk. |
|  |  |  | Mijn collega’s zijn geïnteresseerd in het caseloadmodel. |
|  |  |  | Als het gaat om caseloadzorgverlening deel ik dezelfde mening als mijn collega’s. |
|  |  |  | Binnen mijn praktijk heeft iedereen evenveel inbreng t.a.v. verandering(en) |
|  |  |  | We nemen gezamenlijk besluiten/beslissingen. |

1 Voor alle schalen is de Cronbach’s α berekend, voor schalen bestaande uit twee items is de correlatiecoëfficiënt berekend.

2 Antwoord categorieën: 1 (helemaal mee eens) tot en met 7 (helemaal mee oneens)

3 Vragen die negatief waren gesteld werden gerecoded

Demografische gegevens werden verzameld met vragen die betrekking hadden op sekse, leeftijd, aantal partus begeleid per jaar, huidige praktijksamenstelling, huidige werkvorm en aantal arbeidsjaren. De vragenlijst werd gepretest bij vijftien 1e lijns praktiserende verloskundigen in november 2009 tijdens een congres georganiseerd door de KNOV. Naar aanleiding van de pretest werden negen vragen verwijderd (vanwege onduidelijke en/of dubbele vraagstelling), één vraagstelling aangepast en twee vragen toegevoegd.

*Dataverzameling*

Kwantitatieve onderzoeksgegevens werden automatisch gegenereerd met een digitale vragenlijst via het programma Thesistools (www.thesistools.com). In de eerste e-mail (waarin het doel van de studie werd uitgelegd) konden de verloskundigen doorlinken naar de digitale vragenlijst. Na twee en vier weken werd per e-mail een reminder verzonden. Reacties ontvangen na de sluitingsdatum (15 januari 2010) werden niet in de resultaten meegenomen.

Voor het kwalitatieve deel werd gekozen voor groepsinterviews om ervaringen van experts (verloskundigen die al met caseload werken) te exploreren. Een moderator leidde de interviews aan de hand van een semigestructureerde vragenlijst, terwijl twee observatoren aantekeningen maakten. De interviews, waarvoor mondeling toestemming gevraagd was, duurden ca. 45 minuten en werden digitaal in audio opgenomen.

*Data-analyse*

Kwantitatieve data werden geanalyseerd met behulp van SPSS voor Windows (versie 15.0).Vragenlijsten met missing data >20% werden geëxcludeerd. Schaalanalyse vond plaats, Cronbach’s α werd berekend.Categorische variabelen werden omgezet in dummyvariabelen. Met beschrijvende statistiek werd de onderzoekspopulatie in kaart gebracht. De voorwaarden voor regressie analyse werden gecontroleerd. Voor het vaststellen van de correlatie tussen de onafhankelijke variabelen en de bereidheid tot veranderen naar het caseloadmodel werden multipele regressie analyses uitgevoerd waarbij twee modellen werden getoetst. Met model 1 werd de relatie tussen de bereidheid tot veranderen en de onafhankelijke variabelen (voor- en nadeel vernieuwing, betrokkenheid, innovatief karakter, bekendheid, flexibiliteit, werklast, attitude, structuur en praktijkorganisatie) vastgesteld. In model 2 werden demografische variabelen (aantal partus per jaar, onbekende cliënt tijdens partus, praktijksamenstelling, huidige werkvorm, sekse, aantal arbeidsjaren en leeftijd) toegevoegd.

Om meer inzicht te krijgen welke specifieke voor- en nadelen een associatie hadden met de bereidheid tot veranderen naar het caseloadmodel werd een regressieanalyse uitgevoerd middels handmatige backwardmethode, waarbij niet-significante variabelen werden geëlimineerd (α =0,05).

De interviews werden letterlijk uitgeschreven, gecodeerd en geanalyseerd met behulp van NVivo (QSR NVivo 8). De data werden geanalyseerd door twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar (investigator triangulation) waarna consensus werd bereikt. Wanneer nieuwe constructen naar voren kwamen werd opnieuw de methode doorlopen, om deze nieuwe constructen te bevestigen.

**Resultaten**

Allereerst zullen resultaten van het kwantitatief onderzoek worden beschreven, vervolgens resultaten van het kwalitatief onderzoek.

Voor het kwantitatief onderzoek werden 288 e-mails verstuurd waarvan 21 e-mails niet bezorgd konden worden, deze werden beschouwd als niet verzonden. Door de 267 bereikte respondenten werden 126 (46,8%) vragenlijsten geretourneerd. Van 22 incomplete geretourneerde vragenlijsten werden twee geëxcludeerd wegens missing data >20% of dubbele respons. Overige missing data werden vervangen door de modus c.q. gemiddelde van alle respondenten op de desbetreffende vraag.

De respondenten hadden een gemiddelde leeftijd van 37,33 (SD=9,85) jaar, waren gemiddeld 11,83 (SD= 9,50) jaar werkzaam als verloskundige, 97% was vrouw en 3% man. De meerderheid begeleidde tussen de 51-100 partus per jaar (67 %), had hun cliënt voor de partus gezien (53%) en was werkzaam als maat (87%) in een praktijk van 3-5 verloskundigen (57%) (zie tabel 2).

Tabel 3 geeft inzicht in de scores per construct. Hieruit blijkt dat iets minder dan de helft van de Nederlandse 1e lijns verloskundigen (42,7%) dacht te weten wat het caseloadmodel inhoudt. Ze voelden zich gemiddeld erg betrokken bij hun cliënten en waren over het algemeen tevreden over de huidige manier van verloskundige zorgverlening en praktijkorganisatie. Verloskundigen ervoeren een gemiddelde werklast en vonden zichzelf matig innovatief en flexibel. Ook zagen zij geen duidelijke voor- en nadelen van het caseloadmodel. Verloskundigen stonden niet positief tegenover het caseloadmodel en waren niet erg bereid om hiernaar te veranderen.

Uit de regressieanalyse bleek dat hoe meer voordelen de verloskundige zagen, hoe meer bereid ze waren, hoe meer nadelen ze zagen, hoe minder bereid ze waren te veranderen naar het caseloadmodel. Ook bleek dat hoe meer kritiek er was op het huidig verloskundig systeem hoe meer verloskundigen bereid waren om te veranderen naar caseloadmodel (tabel 4).

Tabel 5 geeft inzicht in specifieke voor- en nadelen die een significante associatie hadden met de bereidheid tot veranderen naar caseloadmodel. Verloskundigen waren meer bereid te veranderen naar het caseloadmodel wanneer ze dachten dat hierdoor het aantal fysiologische partus zou stijgen, wanneer ze de mogelijkheid kregen om het zorgmodel uit te proberen en wanneer ze vonden dat de huidige structuur van de verloskundige zorgverlening aan vernieuwing toe was. Verloskundigen waren minder bereid om te veranderen wanneer ze dachten dat invoering van het caseloadmodel ingewikkeld was.

De constructen bekendheid, praktijkorganisatie, betrokkenheid, flexibiliteit, werklast, attitude en innovatief karakter bleken geen significante associatie te hebben met de bereidheid te veranderen naar het caseloadmodel. Toevoeging van de demografische variabelen leverde geen significante bijdrage aan het regressiemodel (tabel 5).

Voor het kwalitatief onderzoek werden in twee verloskundigenpraktijken, waar volgens het caseloadmodel gewerkt werd, data verzameld.

De verloskundigen uit de praktijk in Groot-Brittannië, beiden vrouw, waren 26 en 34 jaar oud. Zij werkten beiden 5 jaar als verloskundigen waarvan respectievelijk 4 en 5 jaar als caseload verloskundigen. Zij begeleidden ieder 72 zwangeren per jaar waarvan ze voor 36 partus primair verantwoordelijkheid van zorg droegen.

Verloskundigen uit de Nederlandse praktijk, allen vrouw, waren 26, 31 en 39 jaar oud. Ze werkten respectievelijk 2, 5, en 12 jaar als verloskundigen waarvan respectievelijk 1, 4 en 4 jaar als caseload verloskundige. Zij begeleidden ieder primair gemiddeld 70 partus per jaar.

**Voordeel vernieuwing**

Het bleek dat alle geïnterviewde verloskundigen in de gelegenheid waren geweest om het caseloadmodel uit te proberen. Geïnterviewde verloskundigen konden vanuit hun ervaring met zowel het reguliere zorgmodel als het caseloadmodel een weloverwogen keuze maken met betrekking tot hun manier van werken.

Door de kleinschaligheid van het caseloadmodel hebben de verloskundigen naar eigen zeggen meteen alle informatie van een cliënt paraat. Ook werd benoemd dat doordat verloskundigen hun eigen tijd in konden delen ze hierdoor meer in de gelegenheid waren zorg op maat te leveren. Hierdoor werd minder werkdruk en meer bevrediging in hun werk ervaren.

*“Ik kan me herinneren van mijn stages dat je inderdaad acht visites had en dan met je jas nog aan een kwartier binnen en dan weer naar buiten. Ja, ik zit soms echt, zeker als bijvoorbeeld borstvoeding niet loopt, zit ik daar zelf rustig nog anderhalf uur.”*

**Nadeel vernieuwing**

Geïnterviewde verloskundigen vonden het door hun betrokkenheid lastig om afstand te nemen van hun cliënten. Sommigen maakten ook op hun vrije avond de keuze om toch een baring te begeleiden. Verloskundigen zijn alleen verantwoordelijk voor hun caseload, dit betekent dat ze na een drukke week of veel nachten op toch aan het werk moet als de volgende cliënt zich meldt. Daarnaast was het volgens de verloskundige lastig te combineren met een jong gezin, tenzij er flexibele opvang was geregeld. Het aantal inschrijvingen werd beperkt door de caseload.

*“Het moet wel bij je passen. Het grootste nadeel blijft toch wel, je moet ook in je hoofd flexibel kunnen zijn.”*

**Vertrouwen en betrokkenheid**

Geïnterviewde verloskundigen vonden het prettig dat ze de cliënten kennen, in de zin van weten wie je mensen zijn en ze bij naam kennen. Dat werkt makkelijker volgens hen. De continuïteit van zorg en relatie die wordt opgebouwd met de cliënten maakt dat verloskundigen voldoening halen uit hun werk. Zij dachten dat vrouwen zich gelukkiger en veiliger voelden bij het maken van keuzes wanneer zij de verloskundige kenden. Caseload verloskunde gaat volgens geïnterviewden verloskundigen verder dan alleen verloskundige zorg verlenen. Volgens hen was een passie en bezieling nodig die voor beroepsoverstijgende cliëntenrelatie zorgt, een diepere verbondenheid, noodzakelijk om volgens het caseloadmodel te werken. Diezelfde passie en bezieling waren voor hen een voorwaarde om samen te kunnen werken met andere caseload verloskundigen.

*“Caseloading is a big commitment. But I think if you got that commitment and that passion for midwifery it doesn’t feel like such a big commitment.”*

*”This is the best way for me. The only way to be a midwife is this way. The continuity of care, the relationship you build with that women and job satisfaction for the midwife as well. Because just before I’ve seen lots of midwifes who were not really happy in their work. They didn’t seem to connect with the women and that’s what’s completely different here”*

*“I think it’s about being a proper midwife, it’s about seeing women in a whole way through and actually building that relationship with women……. Cause I think women feel happier and safer about making choices with someone they know”*

**Flexibiliteit**

Geïnterviewde verloskundigen ervoeren grote mate van flexibiliteit binnen het werken volgens het caseloadmodel. Ze waren verantwoordelijk voor hun eigen planning. Om met deze flexibiliteit om te kunnen gaan gaven verloskundigen aan dat je als persoon ook flexibel moet kunnen zijn. Daarnaast is het belangrijk een balans te kunnen vinden tussen werk en privé wanneer je 24/7 dienst hebt.

*“Het grote verschil is als je gewend bent aan het reguliere systeem dan weet je wanneer je werkt of je regelt wanneer je werkt; je maakt een rooster van dan werk ik en automatisch ben je de rest van de tijd vrij. Wij doen het net andersom. Je werkt in principe altijd maar je regelt wanneer je echt vrij wilt zijn.“*

**Bekendheid**

Volgens geïnterviewde verloskundigen ontbrak het bij andere verloskundigen aan kennis met betrekking tot het caseloadmodel. Zij gaven aan dat veel verloskundigen niet goed weten wat het caseloadmodel inhoudt.Voorbeelden van misvattingen zijn volgens de geïnterviewde verloskundigen de werkdruk door continue bereikbaarheid, de invloed hiervan op het privéleven.

 *Wij zijn echt de enige die zo werken. We hebben nog geen navolging kunnen krijgen. Nee, maar we merken het ook met de sollicitaties. Mensen vinden het toch eng. Geen vrijheid, moeilijk, moeilijk. Kan ik nooit meer wat doen, kan ik niet meer weg.*

**Tenslotte**

Geïnterviewde experts stelden dat werken volgens het caseloadmodel niet leidt tot financiële achteruitgang mits er op de norm, die landelijk voor verloskundigen gesteld is, gewerkt wordt. Hierbij moet rekening gehouden worden met de persoonlijke beleving van financiële achteruitgang. Volgens verloskundigen ging het er vooral om wat men verwacht te gaan verdienen. Wat zij verder nog belangrijk vonden was een netwerk van caseload verloskundigen in de omgeving. Zodat wanneer zorg moest worden overgedragen deze zorg volgens hetzelfde model werd verleend. Zij stelden; hoe groter het netwerk des te steviger de basis.

**Discussie**

In antwoord op de vraagstelling “Welke factoren spelen in welke mate een rol in de beslissing van 1e lijns verloskundigen in Nederland om te veranderen naar het caseloadmodel?” is het allereerst opvallend dat minder dan de helft (43%) van de respondenten uit kwantitatief onderzoek zegt te weten wat caseloadverloskunde is. Dit wordt door verloskundigen, die al werken volgens het caseload model en dus als experts kunnen worden beschouwd, in het kwalitatieve interview beaamd gezien reacties uit hun omgeving van collega verloskundigen.Het lijkt dat verloskundigen meer bereid zijn te veranderen naar het caseloadmodel wanneer ze de mogelijkheid krijgen om het zorgmodel uit te proberen. De ‘experts’ bevestigen dit; zij hebben allen tijdens stages en waarneming gelegenheid gehad volgens het caseloadmodel te werken. Daarnaast lijken verloskundigen meer bereid te veranderen wanneer ze denken dat hierdoor het aantal fysiologische partus stijgt en wanneer ze vinden dat de huidige structuur van de verloskundige zorgverlening aan vernieuwing toe is. Verloskundigen lijken minder bereid te veranderen wanneer ze denken dat invoering van het caseloadmodel ingewikkeld is.

Opvallend resultaat uit het kwalitatief onderzoek is dat kiezen voor het caseloadmodel te maken heeft met een persoonlijke invulling t.a.v. de kern van het vak. Deze verloskundigen voelen een duidelijke behoefte om zich meer te verbinden met de cliënt door het aangaan van een beroepsoverstijgende cliëntenrelatie waarbinnen passie en bezieling een essentieel onderdeel is van hun verloskundige zorgverlening. Geïnterviewde verloskundigen halen veel voldoening uit hun werk en stellen dat de kleinschaligheid van het caseloadmodel leidt tot meer betrokkenheid, verbondenheid en vertrouwen.

In deze studie kan sprake zijn van selectiebias. Verloskundigen met interesse voor het onderwerp kunnen meer geneigd zijn de vragenlijst in te vullen. Door anonimiteit van het kwantitatieve onderzoek is mogelijk minder snel sprake van sociaal wenselijke antwoorden, dit in tegenstelling tot de dataverzameling bij experts.

De respondenten in de kwantitatieve studie lijken representatief voor Nederlandse verloskundigen in de 1e lijn wat betreft geslacht, leeftijd, werkvorm, aantal partus per jaar, aantal arbeidsjaren en praktijksamenstelling (www.nivel.nl).

Voor deze explorerende studie diende de checklist voor implementatiekennis van ZonMw als theoretisch model. In deze studie lijken niet alle constructen uit dit model een rol te spelen in de bereidheid om te veranderen naar het caseloadmodel.

De resultaten van het onderzoek van Fereday et al. over de ervaringen van verloskundigen worden door het kwalitatieve onderzoek in deze studie bevestigd. Geïnterviewde verloskundigen gaven aan dat ingeroosterde vrije dagen van belang waren voor het bereiken van balans tussen werk en privé. De beleving van die balans kan individueel verschillen. Dit wordt mede bepaald doordat caseloadverloskundigen de zorg voor hun cliënt alleen dragen. Dit heeft mogelijk invloed op de werkdruk. Echter alleen verantwoordelijk zijn is inherent aan het caseloadmodel, een keuze daarin lijkt niet mogelijk.

Hierdoor wordt nogmaals benadrukt dat een netwerk van caseload verloskundigen in de omgeving belangrijk is voor onderlinge support; hoe groter het netwerk van caseloaders in een omgeving, hoe steviger de basis. Flexibiliteit betekent niet zozeer het continu bereikbaar zijn maar de mogelijkheid hebben eigen werkzaamheden in te delen en aan te passen aan persoonlijke omstandigheden.

Verwijzend naar het advies “Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte.” van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte waarin continuïteit van zorg, opbouwen van een vertrouwensband en communicatie als essentiële onderdelen van de verloskundige zorg worden genoemd, lijkt het caseloadmodel hier goed op aan te sluiten.

Desondanks wordt er nog weinig volgens het caseloadmodel gewerkt en geven verloskundigen uit het kwantitatief onderzoek aan een bewuste keuze te hebben gemaakt voor hun huidige manier van zorg verlenen. In hoeverre het om een bewuste keuze gaat is de vraag, omdat meer dan de helft van de verloskundigen ook aangaf niet precies te weten wat caseload verloskunde inhoudt. Wanneer verloskundigen niet weten wat het caseloadmodel inhoudt lijkt het logisch dat verloskundigen ook minder bereid zijn hiernaar te veranderen. Ondanks dat uit kwantitatief onderzoek blijkt dat bekendheid met het caseloadmodel geen significante associatie heeft met bereidheid tot veranderen naar het caseloadmodel, lijkt bekendheid volgens de experts wel van invloed te zijn om over te stappen naar caseload werken. Uitproberen van het caseloadmodel lijkt dus een mogelijkheid voor verloskundigen om kennis te maken met het model. Op deze manier kan bekendheid onder verloskundigen worden vergroot. Daarnaast zal er wel rekening mee moeten worden gehouden dat caseload werken niet voor iedere verloskundige de ideale manier van zorgverlening zal zijn. De experts wezen erop dat zij passie en bezieling ervoeren tijdens hun beroepsuitoefening en dat zij die het beste kwijt konden in werken met een caseload. Het is de vraag of hun passie en bezieling ertoe heeft geleid dat ze met een caseload zijn gaan werken, of dat werken met een caseload heeft geleid tot extra passie en bezieling.

Verwachte nadelen zoals financiële achteruitgang, investering in tijd, voorbereiding en het feit dat invoering van het caseloadmodel ingewikkeld lijkt dienen genuanceerd te worden aangezien “de experts” deze nadelen niet of nauwelijks bevestigen.

**Aanbevelingen**

Bekendheid van het caseloadmodel kan worden bevorderd wanneer verloskundigen in de gelegenheid gesteld worden het caseloadmodel uit te proberen, bijvoorbeeld tijdens stageperiode of waarneming. Ook kan er middels thema-avonden, publicaties, bijscholingen en integratie tijdens de opleiding tot verloskundige meer bekendheid komen over het caseloadmodel. Eventuele misvattingen kunnen op deze manier worden ondervangen.

Longitudinaal onderzoek kan mogelijk inzicht opleveren in causale verbanden tussen onafhankelijke factoren en de bereidheid om te veranderen naar het caseloadmodel. Bijvoorbeeld leidt passie en bezieling tot werken met een caseload of visa versa?

Daarnaast geeft onderzoek onder verloskundigen die om welke reden dan ook niet meer volgens het caseloadmodel werken mogelijk andere inzichten in factoren die van invloed zijn.

**Tabel 2.** Demografische gegeven respondenten.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aantal (N =124** |
| **Aantal partus per jaar** |  |
| tot 50 | 18 (14,5%) |
| 51-100 | 86 (69,4%) |
| 110 of meer | 19 (15,3%) |
| missing | 1 (0,8% |
|  |  |
| **Onbekende cliënt tijdens partus** |  |
| nooit | 66 (53,2 %) |
| 1-4 keer per jaar | 36 (29%) |
| > 5 keer per jaar | 22 (17,8%) |
|  |  |
| **Praktijksamenstelling** |  |
| solist | 7 (5,6%) |
| duo | 35 (28,2%) |
| * 1. verloskundigen
 | 70 (56,5%) |
|  > 5 verloskundigen | 11 (8,9%) |
| missing | 1(0,8%) |
|  |  |
| **Werkvorm** |  |
| maatschap | 108 (87,1%) |
| loondienst / waarneming | 14 (11,3%) |
| missing | 5 (4%) |
|  |  |
| **Sekse** |  |
| man | 4 (3,2%) |
| vrouw | 120 (96,7%) |
|  |  |
| **Leeftijd** |  |
| (mean) | 37,3 (SD= 9,85) |
|  |  |
| **Arbeidsjaren als verloskundige** |  |
| (mean) | 11,8 (SD= 9,50) |
|  |  |

**Tabel 3.** Scores van de vragenlijst.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N = 124** | **Mean** | **SD** | **Items** | **Range\*** |
| Bereid uitproberen (afhankelijke) |  | 3,06 | 1,51 | 1 | 1-7 |
| Voordeel vernieuwing |  | 29,79 | 5,84 | 7 | 7-49 |
| Nadeel vernieuwing |  | 26,67 | 5,72 | 6 | 6-42 |
| Betrokkenheid |  | 24,98 | 2,67 | 4 | 4-28 |
| Innovatief vermogen |  | 13,85 | 3,27 | 3 | 3-21 |
| Flexibiliteit |  | 15,56 | 3,37 | 3 | 3-21 |
| Werklast |  | 7,97 | 2,54 | 2 | 2-14 |
| Attitude |  | 4,69 | 1,65 | 1 | 1-7 |
| Structuur |  | 13,23 | 3,36 | 3 | 3-21 |
| Praktijkorganisatie |  | 28,71 | 4,66 | 6 | 6-42 |
| Zegt te weten wat caseload is | 53 (42,7%) |  |  |  |  |
| Nooit gehoord van caseload | 20 (16,1%) |  |  |  |  |
| Wel eens gehoord van caseload | 51 (41,1%) |  |  |  |  |
| Zie cliënt nooit voor eerst tijdens partus | 66 (53,2%) |  |  |  |  |
| Zie cliënt 1-4 keer voor eerst tijdens partus | 36 (29%) |  |  |  |  |
| Zie cliënt > 5 keer voor eerst tijdens partus | 22 (17,8%) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*\* Lage score betekent helemaal niet mee eens, hoge score betekent helemaal mee eens.*

**Tabel 4.** Regressie analyses (handmatige backwardmethode) bereidheid te veranderen naar caseloadmodel met onafhankelijke variabelen en demografische gegevens.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Model 1 β** | **Model 2 β** | **Model 3 β** |
| Structuur | 0,108 a | 0,132 b | 0,103 a |
| Voordeel vernieuwing | 0,110 c | 0,105 c | 0,097 c |
| Nadeel vernieuwing | -0,060 b | -0,054 a | -0,055 b |
| Bekendheid met caseload1 Dummie 1: Nooit van gehoord van caseload Dummie 2: Weleens gehoord van caseload | -0,0310,481 | -0,0320,449 |  |
| Betrokkenheid | -0,069 | -0,117 a |  |
| Flexibiliteit | 0,056 | 0,032 |  |
| Werklast | -0,030 | -0,026 |  |
| Attitude caseload | -0,100 | -0,115 |  |
| Innovatief vermogen | 0,053 | 0,018 |  |
| Organisatie | 0,016 | 0,028 |  |
| Aantal partus per jaar2 Dummie 1: 51-100 partus Dummie 2: meer dan 100 partus |  | -0,488-0,265 |  |
| Contact voor eerst tijdens partus3 Dummie 1: 1-4 x per jaar Dummie 2: meer dan 5 x per jaar |  | -0,614-0,552 |  |
| Praktijksamenstelling4 Dummie 1: duopraktijk Dummie 2: 3-5 verloskundigen Dummie 3: meer dan 5 verloskundigen  |  | -0,836-0,477-0,145 |  |
| Werkvorm5 |  |  |  |
|  Dummie 1: loondienst / waarneming |  | -0,293 |  |
| Geslacht |  | 0,731 |  |
| Jaren werkzaam |  | -0,005 |  |
| Leeftijd in jaren |  | -0,001 |  |
|  | **R2 = 0,471 c** | **R2 = 0,520** | **R2 = 0,413 c** |

*aP < 0,05*

*bP < 0,01*

*cP < 0,001*

*1)Coëfficiënten geven het verschil weer met de referentie groep die zegt te weten wat caseloadverloskunde is.*

*2)Coëfficiënten geven het verschil weer met de referentiegroep waarbij het aantal partus per jaar 0-50 bedraagt.*

*3)Coëfficiënten geven het verschil weer met de referentiegroep die zegt de cliënte tijdens de partus nooit voor het eerst te zien.*

*4)Coëfficiënten geven het verschil weer met de referentiegroep in welke de verloskundigen werkzaam zijn als solisten.*

*5)Coëfficiënten geven het verschil weer met de referentiegroep waarin verloskundigen werkzaam zijn in een maatschap.*

**Tabel 5.** Multipele regressie analyses (handmatige backwardmethode): associatie tussen bereidheid tot veranderen naar caseloadmodel met structuur, voor- en nadeel vernieuwing.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Model 1 β** | **Model 2 β** |
| Structuur | 0,097 a | 0,104 b |
| Invoering caseload is ingewikkeld | -0,252 a | -0,241 b |
| Gelegenheid uitproberen caseload | 0,348 c | 0,333 c |
| Verandering bij stijging fysiologische partus | 0,211 a | 0,282 b |
| Geld speelt rol | 0,080 |  |
| Invoering vraagt voor voorbereiding | 0,063 |  |
| Risico’s bij invoering | -0,059 |  |
| Invoering kost veel tijd | 0,004 |  |
| Verhoging werkdruk | -0,092 |  |
| Geen voordelen caseload | 0,045 |  |
| Aansluiting beroepsprofiel | -0,062 |  |
| Gevolgen zijn goed zichtbaar | -0,016 |  |
| Daling aantal interventies | -0,094 |  |
| Betekent meer tijd voor cliënte | 0,085 |  |
|  | **R2 = 0,570 c** | **R2 = 0,550c** |

a*P < 0,05;*

*bP < 0,01;*

*cP < 0,001;*

**Literatuur**

[1] Andrews S. Caseload Midwifery: A Review. Midwifery Matters. 2006(no. 108).

[2] Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte; 2009.

[3] Fontein Y. Minder is meer: De kracht van solo- en duopraktijken in Nederland. Tijdschrift voor Verloskundigen. 2008;12:23-9.

[4] Fontein Y. Making the transition from 'being delivered' to 'giving birth'.

A literature review and reflection on the potential for introducing the UK model of 'caseload midwifery' in the Netherlands. MIDIRS midwifery digest. 2007;17:35-40.

[5] Boer Jd, Zeeman K. Wat wil de cliënt? Tijdschrift voor Verloskundigen. 2009;2:12-6.

[6] Fereday J, Oster C. Managing a work-life balance: the experiences of midwives working in a group practice setting. Midwifery. 2008 Aug 22.

[7] implementatie/implementatiekennis. [cited 09-02-2010]; Available from: <http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/implementatiekennis/>

[8] implementatie/gereedschap/analyseren/voor-en-nadelen-wegen. [cited 09-02-2010]; Available from: [www.zonmw.nl/nl/implementatie/gereedschap/analyseren/voor-en-nadelen-wegen/](http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/gereedschap/analyseren/voor-en-nadelen-wegen/)

[9] implementatie/implementatiekennis/factoren/overzicht-van-factoren-die-de-implementatie-beinvloeden. [cited 09-02-2010]; Available from: <http://www.zonmw.nl/nl/implementatie/implementatiekennis/factoren/overzicht-van-factoren-die-de-implementatie-beinvloeden/>