

# Interventie

## CenteringZwangerschap

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 24 november 2022

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Rijnders en van Groesen (september 2022).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'CenteringZwangerschap'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<b>Inhoud</b> .....	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b> .....	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving</b> .....	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak .....	8
<b>2. Uitvoering</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Onderbouwing</b> .....	<b>17</b>
<b>4. Onderzoek</b> .....	<b>22</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	22
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	23
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen</b> .....	<b>24</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur</b> .....	<b>25</b>
<b>7. Praktijkvoorbeeld</b> .....	<b>30</b>

## Samenvatting

CenteringZorg is een model van gezondheidszorg waarbij individuele medische controles gecombineerd wordt aangeboden met interactief leren en het stimuleren van community building.

Het model voor de zwangerschap heet in Nederland CenteringZwangerschap (voorheen CenteringPregnancy). Tijdens de zwangerschap volgen zwangeren die in dezelfde periode zijn uitgerekend bij de verloskundige 10 groepsbijeenkomsten in plaats van 10 individuele consulten. De zorgverlener heeft een faciliterende rol. Internationale en nationale studies laten betere zwangerschaps en gezondheidsuitkomsten zien. Zowel zwangeren als zorgverleners zijn heel enthousiast; vrouwen hebben een sterker sociaal netwerk in de buurt en voelen zich goed voorbereid op de bevalling en de periode daarna.

In 2020 boden ruim 150 praktijken en enkele ziekenhuizen CenteringZwangerschap aan en is CenteringZwangerschap een indicator van goede zorg binnen het programma Kansrijke Start. De websites [www.centeringhealthcare.nl](http://www.centeringhealthcare.nl) en <https://groupcare1000.com> geven een goede indruk van de mogelijkheden van CenteringZorg tijdens de eerste 1000 dagen.

### Doelgroep

- Einddoelgroep van CenteringZwangerschap zijn zwangere vrouwen en hun gezin (partner).
- Intermediaire doelgroep: zorgverleners die zwangerschap en bevalling begeleiden (verloskundigen, huisartsen en gynaecologen).

### Doel

Het doel van CenteringZwangerschap is een goede fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind en positieve ervaringen met de zorg rondom zwangerschap en bevalling.

Voor intermediairen is het doel dat zij zorg leveren in nauwe samenwerking en afstemming met de doelgroep en een hogere arbeidstevredenigheid hebben

### Aanpak

Zwangeren krijgen in 10 groepsbijeenkomsten (van 12 weken zwangerschap tot na de bevalling) reguliere medische zorg, aangevuld met interactief leren over thema's die aansluiten bij de zwangerschapsfase, peer support en empowerment. De zorgverlener en een co-begeleider faciliteren de bottom-up groepsbijeenkomsten.

### Materiaal

Voor de werving zijn flyers, een website en facebookpagina beschikbaar. Voor uitvoering is er een 'Mijn zwangerschapsboek' voor elke zwangere, een materialenbox en formulieren voor tijdens de bijeenkomsten en de evaluatie. Voor intermediairen zijn er een training, handleiding en intervisies beschikbaar.

### Onderbouwing

CenteringZwangerschap combineert individuele medische zorg met de kracht van groepsbijeenkomsten. Hierdoor worden zwangerschapsrisico's vroegtijdig gesignaleerd, vergroten vrouwen hun kennis, hebben zij een gezondere leefstijl, worden zij zich bewust van hun wensen en grenzen ten aanzien van zwangerschap, bevalling en aanstaand ouderschap (empowerment) en vergroten zij hun sociale netwerk. Thema's die aansluiten

bij de zwangerschapsduur worden behandeld via de stappen: self-assessment, doelen stellen, interactief leren, ervaringen delen en gefaciliteerde discussie door de zorgverlener. Zorgverleners kennen hun cliënten beter door de langere interactietijd, het luisteren naar gesprekken tussen hun cliënten en de tijd voor het stellen van aanvullende verdiepende vragen (zowel door zorgverlener als cliënt). Hierdoor verbetert de communicatie en is de ondersteuning beter afgestemd. Dit alles leidt tot betere zwangerschapsuitkomsten, een goede start voor moeder en kind en tot grotere tevredenheid over de verleende zorg.

## **Onderzoek**

Onderzoek in Nederland laat zien dat de interventie goed uitvoerbaar is. Internationaal en Nederlands onderzoek laten tenminste gelijke of betere gezondheidswaarden zien en hogere tevredenheid onder zwangeren en zorgverleners dan in individuele zorg. De kosten voor uitvoer ligt nu nog bij zorgverleners / uitvoerende organisaties. Dit leidt in de praktijk (nog) niet tot problemen met implementatie doordat zorgverleners de meerwaarde van de interventie ervaren. Een economische evaluatie op basis van recente Nederlandse resultaten, resulteert in lagere gezondheidszorg uitgaven op middel-lange termijn. Dit wordt meegenomen in de onderbouwing voor een landelijk tarief wat de uitbreiding van implementatie en duurzaamheid kan bevorderen.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### **Uiteindelijke doelgroep**

De doelgroep van CenteringZwangerschap zijn zwangere vrouwen, hun gezin (partner) en hun ongeboren kind(eren). Specifieke aandachtsgroepen zijn zwangeren in achterstandssituaties, omdat de te behalen winst bij hen het grootst lijkt. Bij de werving wordt hier aandacht aan besteed, hoewel het ook belangrijk is om de interventie niet enkel op deze groepen te richten, maar juist te streven naar een gemengde populatie. Community building, zelfmanagement en delen van kennis en ervaringen tussen zwangeren met verschillende achtergrond worden als meerwaarde ervaren, óók door hoger opgeleiden en zwangere vrouwen die al een of meer kinderen hebben. Er zijn geen contra indicaties voor deelname.

### **Intermediaire doelgroep**

De intermediaire doelgroep zijn primair de professionals die bevoegd en bekwaam zijn om prenatale zorg te verlenen en die deze in de vorm van CenteringZwangerschap aanbieden aan de zwangere: verloskundigen, huisartsen en gynaecologen. Daarnaast zijn er ook andere professionals die als assistent of co-begeleider bij de uitvoering betrokken worden, zoals verpleegkundigen, kraamverzorgenden, zorgverleners uit het psychosociale domein, doula's, praktijkassistentes en studenten verloskunde.

### **Selectie van doelgroepen**

Alle zwangeren kunnen aan CenteringZwangerschap deelnemen indien hun zorgverlener de interventie aanbiedt. Deze zorgverlener vormt groepen van 8 tot 12 zwangeren met een vergelijkbare uiterekende datum. Er is geen minimum aantal deelnemers per groep is maar bovengenoemde groepsgrootte is ideaal met betrekking tot groepsdynamica en kosteneffectiviteit (TNO studie)

Intermediaren moeten aan de gestelde kwaliteitseisen voldoen om CenteringZwangerschap te mogen aanbieden. Zie hiervoor de onderdelen implementatie en kwaliteitsbewaking.

### **Betrokkenheid doelgroep**

CenteringPregancy<sup>tm</sup> is in de Verenigde Staten ontwikkeld door Sharon Rising (Rising, 1998) en is door TNO naar Nederland gehaald. In 2011-2012 is een haalbaarheidsstudie in Nederland gedaan in samenwerking met drie verloskundigenpraktijken, gevolgd door een cohortonderzoek (2014), kwalitatief onderzoek (2017), een randomised stepped wedged trial (2013-2016) en economische analyse (2021).

De ervaringen van de zowel eindgebruikers als zorgverleners zijn vanaf de introductie in meerdere studies geëvalueerd en gebruikt om de interventie door te ontwikkelen in CenteringZwangerschap, resulterend in doorontwikkelingen naar het model in de jeugdgezondheidszorg (CenteringOuders), online varianten voor zeer moeilijk te bereiken doelgroepen (Eritrese en Oekraïense vluchtelingen of tijdens Covid-19 lockdowns, voor het beter betrekken van de partner en kwetsbare zwangeren. Daarnaast zijn essentiële onderdelen van de methodiek dat de invulling van de bijeenkomsten deels wordt afgestemd op de vragen en behoeften van de deelnemers en elke groep ook op praktijkniveau worden geëvalueerd.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het doel van CenteringZwangerschap is bij te dragen aan een optimale transitie naar ouderschap en goede start van de eerste 1000 dagen van een kind door:

- een goede fysieke en psychisch-sociale gezondheid van moeder en kind tijdens de eerste 1000 dagen,
- een gezonde leefstijl
- positief ervaren zorg
- versterking van de eigen regie en gezondheidsvaardigheden
- het hebben van een ondersteunend netwerk.

Om dat te bereiken wordt (aankomende) ouders wordt een geïntegreerde prenataal zorgmodel geboden waarin medische zorg, interactief leren en opbouw van een ondersteunend netwerk de kernelementen zijn en de zorg aansluit bij de wensen en behoeften van (aankomende ) ouders.

### Subdoelen

Voor de einddoelgroep:

#### **Goede fysieke zwangerschapsuitkomsten:**

- minder zwangerschapscomplicaties zoals hypertensieve aandoeningen en diabetes
- minder ingrepen tijdens de bevalling.
- problemen worden vroegtijdig gesignaleerd.
- minder vroeggeboorten,
- minder kinderen met een te laag geboortegewicht,

#### **Goede psychosociale gezondheid:**

- zwangeren ervaren geen stress of depressie of
- hebben de kennis en vaardigheden geleerd hoe met psychosociale problemen om te gaan en waar ondersteuning te vinden.

#### **Gezonde leefstijl:**

- zwangeren eten gezond en bewegen voldoende;
- zwangeren roken niet, drinken geen alcohol en gebruiken geen drugs;
- een hoger percentage zwangeren start met het geven van borstvoeding.

#### **Positief ervaren zorg:**

- Zwangeren en zorgverleners ervaren een wederzijdse goede communicatie
- Zwangeren en hun partner voelen zich goed voorbereid op de bevalling, kraambed en het ouderschap.
- Zwangeren en hun partner voelen zich beiden betrokken bij de zwangerschap en bevalling.

#### **Versterken eigen regie en gezondheidsvaardigheden**

- Zwangeren vergroten hun gezondheidsvaardigheden door een rol te hebben in de zorg rondom hun eigen zwangerschap
- Zwangeren ervaren zelfregie doordat ze in staat zijn hun wensen en grenzen in de zorg rond zwangerschap en bevalling aan te geven.
- Zwangeren en hun partner hebben inzicht hoe te zorgen voor een gezonde en veilige leefomgeving van de baby
- Zwangeren en hun partner hebben inzicht in veranderingen in hun relatie en de rolverdeling tussen de partners.

#### **Ondersteunend netwerk**

- Zwangeren en hun gezin/partner hebben een sociaal netwerk in de buurt, waardoor zij sociale steun ervaren en van elkaar kunnen leren.
- Zwangeren en partners hebben inzicht in de mogelijkheden tot ondersteuning en zorgverlening

Voor de intermediairen

- Verloskundige zorgverleners kennen hun cliënten goed door de langere contact tijd
- Verloskundige zorgverleners hebben de mogelijkheid om de onderwerpen die belangrijk zijn voor goede zorg e/of voorkomen uit de wensen en behoeften van de doelgroep uitgebreid te bespreken
- Verloskundige zorgverleners ervaren positieve effecten van peer support onder zwangeren
- Verloskundige zorgverleners ervaren meer tevredenheid met hun werk

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

#### Vorbereiding

Instellen stuurgroep, aanwijzen coördinator, training van zorgverleners.

#### Intake en werving

Elke deelnemer aan CenteringZwangerschap krijgt een individueel consult met daarin de familie- en obstetrische anamnese, uitwendig onderzoek, bloedonderzoek, prenatale screening, eventuele echografie, en registratie. Acht tot twaalf zwangeren met vergelijkbare zwangerschapsduur worden ingedeeld in één van de te starten groepen.

#### Uitvoer, 10 bijeenkomsten

Groepen starten bij een zwangerschapsduur van 8-16 weken. De eerste vier bijeenkomsten worden elke 4 weken gepland (resp. zwangerschapsduur 12-16 weken, 16-20 weken, 20-24 weken en 24-28 weken). De volgende vijf bijeenkomsten elke 2 weken (resp. zwangerschapsduur 26-30 weken, 28-32 weken, 30-34 weken, 32-36 weken en 34-38 weken). De 10e bijeenkomst vindt ongeveer 6 weken postpartum plaats.

#### *Tijdsschema van een sessie van 2 uur*

- Welkom en inloop
- Gezondheidsonderzoek (zelfonderzoek en uitwendig onderzoek door zorgverlener): 30-40 minuten
- Kring, opening: 10 minuten
- Kring, discussie en interactief leren aan de hand van thema's, inclusief een korte pauze voor onderling informeel contact: 60-75 minuten
- Afsluiting en vervolg bespreken indien nodig: 5-10 minuten

#### Evaluatie

Proces wordt na elke bijeenkomst geëvalueerd. De ervaringen van zwangeren na afloop van de laatste bijeenkomst.

### Inhoud van de interventie

#### Vorbereiding

Zorgverleners, managers betrokken bij een organisatie waar prenatale zorg wordt verleend of coördinatoren binnen lokale coalities (bijvoorbeeld kansrijke start of verloskundige samenwerkingsverbanden) kunnen het initiatief nemen om



CenteringZwangerschap in de organisatie of regio te implementeren. Voor advies en ondersteuning is het verstandig contact op te nemen met de Stichting CenteringZorg. CenteringZorg trainers leveren adviesgesprekken, voorlichtingsbijeenkomsten, kennisworkshops en de mogelijkheid om voorbereidende implementatie modules te volgen via <https://groupcare1000.com/Publications%2520.html>. In 2023 zijn de modules in het Nederlands verkrijgbaar via de website van CenteringZorg.

Binnen de organisatie moet een stuurgroep worden ingesteld die betrokken en verantwoordelijk is voor de start tot doorlopende monitoring van de activiteiten. Hierin kunnen zorgverleners zitten, maar ook personen met overzicht over logistiek en financiën, managers, bestuurlijk verantwoordelijken, niet directe collega's of oudervertegenwoordiging.

Binnen de organisatie moet ook een oördinator aangewezen worden die verantwoordelijk is voor de lokale organisatorische zaken: planning van groepen, inroosteren groepsleiders, aanschaf en beheer materialen, reserveren groepsruimte, dataverzameling, en contactpersoon voor de landelijke CenteringZorg organisatie. Tenslotte worden alle zorgverleners die CenteringZwangerschap gaan faciliteren getraind. Zie voor meer info het onderdeel implementatie. Na de training kan er gestart worden met de werving van zwangeren.

### **Werving en intake**

Zorgverlenende organisaties maken bekend dat in de organisatie CenteringZwangerschap wordt aangeboden bijvoorbeeld door een bericht op hun website of sociale media, via folders en posters.

De verloskundige zorgverlener vraagt alle zwangeren tijdens de individuele intake waarin de anamnese en al het benodigde onderzoek is gedaan of zij wil participeren in CenteringZwangerschapPartners zijn welkom bij de bijeenkomsten, maar de wijze waarop verschilt per groep. Soms komen ze het eerste halfuur tijdens de medische controles, tijdens specifieke partner bijeenkomsten of volledig bij elke bijeenkomst. Om het bereik te vergroten wordt door het LUMC momenteel een pilot gedaan waarbij de zorg gestart wordt met een groepsbijeenkomst, gevolgd door de individuele intake en anamnese. Hiermee wordt beoogd dat vrouwen en hun partners beide opties ervaren voordat ze een keuze maken. Resultaten worden verwacht in 2023. Om de vrouwen met een meer kwetsbare achtergrond nog beter te bereiken wordt in Den Haag gewerkt met Moeders Informeren Moeders en Schilderswijk Moeders. Er is nog geen speciaal programma voor het beter bereiken van adolescenten.

### **Uitvoering**

Voor de start van elke bijeenkomst: de verloskundig zorgverlener en co-begeleider (beiden Centering- gecertificeerd) nemen de status van alle deelnemers door. De groepsbijeenkomst wordt voorbesproken, de ruimte ingedeeld (een kring van tenminste 10-14 stoelen) en de materialen (voor medische onderzoeken, activiteiten en snacks) klaargezet.

#### *Tijdens de bijeenkomst*

De groepsbegeleiders faciliteren de bijeenkomst, door kennis niet didactisch over te dragen maar alle individuen te betrekken in de discussie en de groep te stimuleren tot eigen inbreng en het nemen van regie in de eigen gezondheid.

- Welkom en inloop – welkom heten; extra bij eerste bijeenkomst: 'Mijn zwangerschapsboek' uitdelen aan zwangeren, naambordjes, ondertekenen privacy/vertrouwelijkheidsverklaring en toestemming gebruik beeldmateriaal.

- Gezondheidsonderzoek
  - *Zelfonderzoek* – zwangere meet eigen bloeddruk en gewicht, berekent BMI en zwangerschapsduur en houdt zelf deze data bij; de zwangere kan zelfbeoordelingsformulieren invullen 'Hoe voel jij je vandaag?' Alle in te vullen formulieren zijn gevisualiseerd en staan in : mijn zwangerschapsboek". Er zijn per bijeenkomst ook vaak zelf-beoordelingsformulieren specifiek gericht op het onderwerp dat in die bijeenkomst besproken wordt. De formulieren kunnen ter voorbereiding op het onderwerp fungeren. De co-begeleider luistert naar de inhoud van de gesprekken of opmerkingen tijdens de zelfbeoordeling en neemt deze mee naar de groepsdiscussie.
  - *Uitwendig onderzoek* – de zorgverlener neemt elke zwangere kort apart voor het uitvoeren van uitwendig onderzoek volgens standaard klinisch protocol en bekijkt zelfonderzoeksgegevens van zwangere. Indien nodig worden lab- en andere testen aangevraagd, recepten uitgeschreven en zwangeren gescreend of doorverwezen. De meeste vragen worden in de kring besproken: vragen kunnen anoniem op een flap-over worden genoteerd.
  
- Kring
  - Opening – specifiek voor eerste bijeenkomst: regels en vertrouwelijkheid binnen de groep, kennismaking.
  - Discussies en activiteiten – elke onderwerp start met een activiteit waarin zwangeren worden gestimuleerd mee te denken over inhoud. Daarna volgt een gefaciliteerde discussie.

Vanuit CenteringZorg krijgen de getrainde zorgverleners een handleiding met te bespreken onderwerpen per bijeenkomst. De onderwerpen zijn georganiseerd naar de duur en de ontwikkelingsstadia van de zwangerschap en worden ook "Mijn zwangerschapsboek" beschreven. In de handleiding is uitgegaan van een algemeen geldende inhoud, maar de nadruk kan per groep verschillen, afhankelijk van de behoeften van de groepsleden. Ook kan de volgorde van de onderwerpen aangepast worden of kunnen er andere onderwerpen worden behandeld indien van belang voor de groep. Aanpassing van de onderwerpen gaat in samenspraak tussen de groepsleden en de zorgverlener. Zwangeren kunnen er voor kiezen hun keuzes met betrekking tot de bevalling vast te leggen in een geboorteplan, maar dat hoeft niet: het bespreken van de onderwerpen en het leren om je wensen op een goede manier kenbaar te maken aan de zorgverlener staan voorop.

De Zelfbeoordelingsformulieren worden door zwangeren ingevuld tijdens het zelfonderzoek of voorafgaand aan de groepsbijeenkomst. De formulieren zijn bedoeld om vrouwen te helpen na te denken over hun eigen waarden en meningen en waar deze vandaan komen, voor een verscheidenheid aan onderwerpen. De Zelfbeoordelingsformulieren geven weer hoe vrouwen denken en zich voelen over hun gezondheid, relaties en welbevinden. De partner of een ander ondersteunde relatie van de zwangere kan ook Zelfbeoordelingsformulieren invullen. Door dit te doen wordt de zwangere geholpen zich voor te bereiden op de discussie en gedachte-uitwisselingen in de groep. Ook helpt het haar na te denken over welke informatie ze nog nodig heeft. Zelfbeoordelingsformulieren zijn bedoeld voor het persoonlijk gebruik van de deelnemers en worden niet verzameld of ingenomen.

Gezondheid-gerelateerde inhoud is verspreid over de 10 sessies en komt naar voren in thema's of doorgaande lijnen. Doorgaande lijnen zijn het bijhouden van gestelde doelen voor gewicht, voeding en beweging, een gezonde leefstijl (roken, alcohol en drugs), gebitsverzorging, veilige seks, preventie van zwangerschapsdiabetes, emotionele toestand en stress management.

- Pauze. Halverwege de kringbijeenkomst is een pauze om informeel contact te stimuleren
- Flap-over: afhankelijk van de vragen en thema's bij de bijeenkomsten worden de vragen op de flap-over aan het begin of einde behandeld
- Afsluiting en vervolg – afsluitende activiteit om formeel de sluiting van de groepsbijeenkomst vorm te geven.

#### *Na afloop van de bijeenkomst*

Evaluatie door zorgverlener en co-begeleider, registratie van besproken onderwerpen en plannen van de inhoud van de volgende bijeenkomst.

#### **Evaluatie**

Na de laatste bijeenkomst vullen de deelnemers een evaluatieformulier in. Deze evaluatie formulieren worden door de zorgverleners gebruikt om de zorg te verbeteren. Ook zijn evaluatieformulieren gebruikt in TNO onderzoek om de interventie te verbeteren.

NB: De meerwaarde van CenteringZwangerschap ten opzichte van individuele controles bij de verloskundige in combinatie met een groeps cursus als zwangerschapsgym of -yoga zit hem voornamelijk in twee zaken:

1. CenteringZwangerschap is verzekerde zorg en voor iedereen toegankelijk. Extra cursussen worden over het algemeen minder vaak door kwetsbare zwangeren gevolgd, o.a door de mogelijke kosten (Hetherington 2018) . Door integratie met zorg profiteren ook zij van de voordelen van de groep.
2. De ervaringen en vragen die besproken worden in de groep komen direct terecht bij de zorgverlener. Zo kan de zorg beter aangepast worden. Dat is niet het geval als het groepsdeel belegd is in een andere cursus.

## 2. Uitvoering

### Materialen

Werving:

- Flyers
- Website ([www.centeringZorg.nl](http://www.centeringZorg.nl)), Facebook ([www.facebook.com/CenteringZorg/](https://www.facebook.com/CenteringZorg/)), Twitter (@CenteringPregna); Instagram (<https://www.instagram.com/stichtingcentering/>); LinkedIn (<https://www.linkedin.com/company/18091151/>); Youtube ([https://www.youtube.com/channel/UCbNldQoq4yfWmb\\_vmIDLL8g](https://www.youtube.com/channel/UCbNldQoq4yfWmb_vmIDLL8g))

Uitvoering:

- Mijn zwangerschapsboek voor elke zwangere.
- Implementatiegids en handleiding voor zorgverlener.
- Materialenbox: een doos met interactieve leermaterialen om uitwisseling van kennis te stimuleren. Inhoud o.a. een bel, juist/onjuist bordjes, bakjes/fiches, stickers, badges, filmpje shaken baby, emotie dobbelsteen, wol, kaartjes met diverse onderwerpen (leefstijl, voeding, AC, klachten, huiselijk geweld, gebitsverzorging, relatie, houdingen, post partum periode, fases bevalling, eerste jaar, stress, depressie, ondersteuning). Verkrijgbaar via: <https://centeringzorg.nl/winkel/>
- Formulier procesevaluatie: over het verloop van de bijeenkomst en
- Formulier inhoud: over de besproken onderwerpen.
  - Beide formulieren na afloop van elke bijeenkomst in te vullen door de zorgverlener en co-begeleider.
- Losse Zelfbeoordelingsformulieren voor partners of andere ondersteuners van de zwangeren.
- Losse privacy/vertrouwelijkheidsovereenkomsten en toestemming beeld materiaal voor partner, andere ondersteuners van de zwangere of gast-begeleiders

Materialen voor gezondheidsonderzoek (al in bezit zorgverlener):

- Voor zelfonderzoek: weegschaal, digitale bloeddrukmeter, draaischijf atherme datum berekenen
- Voor uitwendig onderzoek: matje, laag bed/onderzoeksbank; stethoscoop, doptone, eventueel centimeter, pen, handdesinfectie, receptenblok, verwijsformulieren, labformulieren; horloge of klokje om tijd in de gaten te houden; computer, laptop/tablet in geval van elektronische status.

Evaluatie:

- CenteringZwangerschap Evaluatieformulier: na de 10<sup>e</sup> bijeenkomst in te vullen door de deelnemers.

### Locatie en type organisatie

Locatie: groepsruimte

- De groepsruimte moet uitnodigend zijn, toegankelijk en ook privacy uitstralen. Alle ramen, inclusief die naar een gang, moeten bedekt zijn. De ruimte moet uitstralen dat het bedoeld is om hier een groepsbijeenkomst te houden. Zowel zwangeren, begeleider als co-begeleider moeten zich op hun gemak kunnen voelen in de groepsruimte.

- De ruimte moet groot genoeg zijn om een kring van zwangeren, hun ondersteuners, begeleider en co-begeleider te herbergen én ruimte buiten de kring voor zelfonderzoek, klinisch onderzoek en iets van een versnapering.
- De open kring wordt meestal gevormd door 10-12 stoelen.
- De temperatuur moet aangenaam zijn
- Er is een plek voor inloop en materialen
- Er is plek voor water en gezonde snacks
- Er is een plek en materialen voor zelfonderzoek door de zwangere: elektronische bloeddrukmeter, weegschaal, draaischijf atermen datum berekenen etc.
- Er is een plek voor uitwendig onderzoek door de zorgverlener met een toilet in de buurt

Type organisatie: verloskundigenpraktijken, ziekenhuizen en huisartsen. Het zorgmodel spreidt zich uit over het land: na de introductie in Nederland in 2011 zijn er meer dan 250 praktijken en een aantal ziekenhuizen getraind in het aanbieden van CenteringZwangerschap. Het overzicht van aanbieders is te vinden op <https://centeringzorg.nl/centeringpregnancy/zoek-zorgverlener/>. Dit wordt regelmatig geüpdatet.

### **Opleiding en competenties van de uitvoerders**

Organisaties die CenteringZwangerschap willen implementeren moeten het volgende doen:

- een uitgebreid adviesgesprek hebben met een trainer van CenteringZorg over invoering van CenteringZwangerschap op hun locatie en/of
- volgen van online implementatie modules via <https://groupcare1000.com/Publications%2520.html>

Professionals die bevoegd en bekwaam zijn om prenatale zorg te verlenen (verloskundigen, huisartsen, gynaecologen) en co-begeleiders (kraamzorg, verpleegkundigen, doula's etc) die CenteringZwangerschap gaan aanbieden moeten

- een tweedaagse training CenteringZwangerschap volgen
- drie keer 1 dagdeel intervisie volgen.

Faciliteren is een essentieel onderdeel binnen CenteringZwangerschap. De training is erop gericht groepen effectief te leren leiden en ondersteunen. Daarna leren zij dit door continu op hun eigen handelen te reflecteren bij de uitvoer van CenteringZwangerschap en in de intervisiebijeenkomsten. Het verbeteren van de vaardigheid in faciliteren door training, bijscholing en intervisie draagt bij aan het succes en de verankering van CenteringZwangerschap in de praktijk.

De trainingen worden aangeboden aan professionals uit geboorte- en jeugdgezondheidszorg samen. Door zorgprofessionals uit verschillende disciplines met elkaar te trainen kan de overgang van CenteringZwangerschap naar CenteringOuderschap worden bevorderd.

Er worden thema gericht workshops en opfrustrainingen aangeboden om competenties van getrainde zorgverleners te versterken, evenals workshops op de verloskunde opleidingen om studenten al vroeg in aanraking te laten komen met CenteringZwangerschap.

## Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit wordt bewaakt door opleiding (training en intervisie) en certificering van de intermediaire doelgroep. Daarnaast worden data verzameld over de uitvoering, de tevredenheid en de effecten van CenteringZwangerschap.

Voor de implementatie, training, kwaliteitsborging en door-ontwikkeling van CenteringZwangerschap is juni 2017 de stichting CenteringZorg opgericht. TNO is als kennispartner verbonden aan de stichting en verzorgt de analyse van de data zoals procesevaluatie en inhoudelijke evaluatie om het inzicht in de gang van zaken rondom CenteringZwangerschap te vergroten en biedt input voor doorontwikkeling van de interventie.

Certificering van begeleiders en co-begeleiders vindt plaats nadat de zorgverlener of co-begeleider

- eerst de 2 daagse training heeft gevolgd en vervolgens (binnen 2 jaar):
- 3 intervisie bijeenkomsten heeft gevolgd
- tenminste 3 groepen na training volledig gedraaid hebben en de data en evaluatie van deze 2 groepen heeft gestuurd naar de stichting CenteringZorg.

Hercertificering is geldig voor 4 jaar en wordt verlengd indien men:

- voldoet aan continue dataregistratie en evaluatie
- 3 dagdelen intervisie en/of een verdiepingsmodule CenteringZwangerschap heeft gevolgd
- minimaal 2 groepen per jaar draait.

Accreditatie van de training is toegekend door de KNOV, KCKZ, V&VN en Accreditatie Bureau Algemene Nascholing. Met het volgen van de training worden punten bijgeschreven in de betreffende kwaliteitsregisters.

## Randvoorwaarden

Een beschikbare, aantrekkelijke, toegankelijke en private groepsruimte geschikt voor een cirkel met 14–16 stoelen, een private plek voor uitwendig onderzoek, tafel en loopruimte (ongeveer 58m<sup>2</sup>). Eventueel kan uitwendig onderzoek plaatsvinden in een open aanpalende (onderzoeks-)kamer.

Populatiegrootte: Om maandelijks één groep te starten van 10 (8-12) zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur is, bij 35% deelname, een jaarlijkse populatieomvang nodig van +/- 350 zwangeren. Bij kleinere populatieomvang is hogere participatiegraad of grotere spreiding in zwangerschapsduur mogelijk.

Getrainde zorgverleners. Bij meer dan 50% getrainde zorgverleners binnen een setting, wordt het zorgmodel eerder als gangbaar geaccepteerd en is uitvoering gewaarborgd bij ziekte, vakantie en diensten. Alle niet-getrainde medewerkers moeten wervingsvaardigheden aanleren en geïnformeerd blijven bijvoorbeeld door workshops, intercollegiale updates of gastdeelname.

Administratieve en financiële ondersteuning voor planning, data registratie en evaluatie; Materialen; Training, bijscholing en intervisie (ook voor nieuwe collega's)

Een stuurgroep die vroeg in het proces betrokken is en verantwoordelijk van start tot doorlopende monitoring van de activiteiten. In de stuurgroep kunnen zitting hebben: aankomende begeleiders, logistieke en financiële medewerkers, managers, bestuurlijk

verantwoordelijken, niet directe collega's (bijv. diëtiste, JGZ verpleegkundige, etc), oudervertegenwoordiging.

Een coördinator voor planning van groepen, inroosteren groepsleiders, materialen aanschaf en beheer, reserveren groepsruimte, dataverzameling, contactpersoon voor de Stichting CenteringZorg.

## Implementatie

Landelijk is er veel interesse voor CenteringZwangerschap. De stichting CenteringZorg met TNO als kennispartner streeft naar landelijke implementatie. Naast consultatie, training, een kwaliteitssysteem en doorontwikkeling wordt samengewerkt met stakeholders zoals KNOV, NZa, de verloskundige opleidingen, NCJ, Bernard van Leer stichting, GGD GHOR om de borging te verstevigen.

Er is een actief begeleidingstraject voor implementatie. Het implementatietraject bestaat uit advisering op praktijkniveau, online implementatie modules, training van medewerkers, intervisie, visitatie en certificering.

### *Het implementatietraject*

CenteringZwangerschap wordt landelijk onder de aandacht gebracht door presentaties, workshops, congressen, (sociale) media en publicatie van wetenschappelijk onderzoek. Indien een zorgverlener overweegt om CenteringZwangerschap te gaan starten is het belangrijk dat hij/zij het Centering zorgmodel begrijpt en bespreekt met verschillende sleutelfiguren en collega's op locatie en in samenwerkende organisaties. Binnen grotere organisaties is het essentieel dat managers en bestuurlijk verantwoordelijken betrokken zijn bij de implementatie.

Implementatietraject in het kort:

- Adviesgesprek over invoering van CenteringZwangerschap op locatie en/of volgen van online implementatie modules via <https://groupcare1000.com/Publications%2520.html>
- Instellen Stuurgroep
- Tweedaagse Training CenteringZwangerschap
- Intervisie (3 dagdelen)
- Helpdesk: consultatie en advies
- Kunnen bestellen van CenteringZwangerschap materialen
- Certificering (zie ook kwaliteitsbewaking)
- Kenbaar maken in de organisatie en naar cliënten (folders, posters, online, sociale media, etc) dat CenteringZwangerschap wordt aangeboden

## Kosten

### **Kosten**

- Training en intervisie: in het implementatietraject volgt elke zorgverlener twee dagen training en 3 intervisiebijeenkomsten. De prijs voor het traject is € 710,- per deelnemer.
- Materialenbox: € 225,- excl. btw.
- Boekje 'Mijn zwangerschapsboek' voor deelnemers: € 5,50 per stuk excl. btw

### **Tijd**

- Voor de zorgverlener (verloskundige) is de tijdsinvestering vergelijkbaar met de tijd die het verlenen van (individuele) reguliere zorg kost.

- Bij CenteringZwangerschap wordt altijd gewerkt met een co-begeleider. Voor één groep, met 10 bijeenkomsten van 2 uur, gaat het om 20 uur uitvoering plus voorbereiding en evaluatie.
- Uit een economische evaluatie van TNO blijkt dat de meerkosten van CenteringZwangerschap ten opzichte van individuele zorg neerkomen op ongeveer 57 euro per zwangere. Dit wordt nog niet vergoed vanuit het prenatale tarief. Groepsgrootte en functieniveau van de co-begeleider bepalen vooral de hoogte van de meerkosten. Desondanks is CenteringZwangerschap kosteneffectief door besparingen op toekomstige zorgkosten als gevolg van betere zwangerschapsuitkomsten en beter gezondheidsgedrag. De meerkosten worden nu meestal bekostigd door de zorgverlenende organisatie. Binnen Kansrijke start wordt Centering soms ondersteund met subsidie. N.a.v. de economische evaluatie van TNO lopen er gesprekken over bekostiging tussen de KNOV, CenteringZorg, de Nza en ZN.

NB: Voor zwangeren is deelname aan CenteringZwangerschap kosteloos vanuit basisverzekering.



## 3. Onderbouwing

### Probleem

Het huidige Nederlandse verloskundig begeleidingsmodel, primair gebaseerd op medische en verloskundige risicoselectie, is onvoldoende toegesneden op de huidige generatie vrouwen, kinderen en families.

Tijdens het reguliere prenatale consult is het lastig om zwangeren en partner actief te betrekken in het zorgproces, uitgebreid in te gaan op verdiepende vragen en/of cliënt gestuurd allerlei onderwerpen te behandelen die voor hen van belang zijn en hen in staat te stellen om eigenaar te zijn van hun eigen gezondheid. Tijdens de zwangerschap blijkt dat de zwangeren bijvoorbeeld onvoldoende geïnformeerd zijn over gezonde leefstijl (Baron,2017, of wanneer en bij welke symptomen zij contact moet opnemen met haar verloskundige professional (Alderliesten,2008)

Vooraf vrouwen met een lagere sociaaleconomische positie, hebben extra zorg nodig die aansluit bij hun behoeftes. Zwangere vrouwen uit risicogroepen ervaren te weinig mogelijkheden tot het stellen van vragen (Feijen-de Jong,2015) en informatie is vaak niet toegesneden op laaggeletterden. Het huidige verloskundige begeleidingsmodel lijkt dan ook niet goed toegesneden op de lage SES vrouwen (Docherty,2011), terwijl bij deze groep juist veel gezondheidswinst te halen is. Een deel van de Nederlandse zwangeren denkt dat ze hun gezondheid nauwelijks kunnen beïnvloeden (De Graaf, 2013) maar ook vrouwen met een hogere sociaal economische vragen om meer cliënt gecentreerde zorg (Baas, 2015, Geboortebeweging).

Niet voldoen aan de informatie of zorgbehoeften van vrouwen tijdens de zwangerschap kan de zorgen en angst van vrouwen vergroten, is een risicofactor voor isolatie en een voorspeller van een laag zelfvertrouwen als ouder (Daeve,2008,Rance,2013, Baron,2015, Daly, 2022,) Het kan daarmee invloed hebben op het welzijn van moeder, kind en partner en hun relatie op de korte en lange termijn en belemmert een optimale transitie naar ouderschap.

Een baby die tijdens die eerste 1000 dagen blootstaat aan stress, rook, slechte voeding, mishandeling of andere risicofactoren, begint al met een achterstand aan de rest van zijn leven. Het heeft op latere leeftijd een grotere kans op lichamelijke en geestelijke problemen, zoals suikerziekte, hart- en vaatziekten, overgewicht en depressies, en minder goede sociale en emotionele ontwikkelingen (Entringer,2020).

Aanpassing van de huidige prenatale zorg naar een aanpak waarbinnen voldoende ruimte is voor het bespreken en ondersteunen van gezonde leefstijl en de preventie van psychosociale risico's en transitie naar ouderschap, actieve betrokkenheid en zelfregie wordt gestimuleerd en aansluit op behoeftes van zwangeren is echter binnen de een-op-een zorg slechts beperkt mogelijk (Baron, 2017, McLellan, 2019) . Daarvoor is transitie naar een ander zorgmodel noodzakelijk (Rising,2004)

### Oorzaken

#### ***Niet optimale fysieke en psychisch-sociale gezondheid van moeder en kind tijdens de eerste 1000 dagen***

Ongunstige zwangerschapsuitkomsten blijven vaker voorkomen bij niet-Westerse allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaaleconomische status in grote steden en in achterstandswijken van grote steden, onafhankelijk van het land van herkomst van de zwangere vrouw. (Ravelli, 2011) Andere risicofactoren liggen in een cumulatie van sociale en individuele problemen zoals het onvoldoende beheersen van de Nederlands taal, huisvestingsproblemen en psychische klachten (Bonsel, 2010) en het hebben van

minder gezondheidsvaardigheden. De zorg in en rond de geboortezorg moet zich dan ook aanpassen aan die risico's om de stijging van babysterfte te vermijden. (Achterberg 2020)

Het percentage vrouwen dat stress ervaart tijdens de zwangerschap wordt geschat op 8-12% van de zwangere vrouwen voor een psychische stoornis tijdens de zwangerschap, meestal een angst- of stemmingsstoornis en 30% voor een vorm van stress wat zwangeren in hun dagelijks leven ervaren zoals werkdruk, angstsymptomen of depressieve symptomen (van den Bergh 2020). Vrouwen met meer angst- of depressiesymptomen lopen een verhoogd risico op zowel postpartumdepressie als angstsymptomen (Aris-Meijer 2019).

### ***Ongezonde leefstijl***

Een deel van de ongunstige zwangerschapsuitkomsten is geassocieerd met ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage sociaaleconomische status (de Graaff 2013, Bonsel, 2010; Lanting 2015, Achterberg 2020). In Nederland stijgt al enige jaren continu het aantal vrouwen tussen 25 en 45 jaar met overgewicht en obesitas. Overgewicht, roken en de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen zijn beïnvloedbare risicofactoren voor perinatale sterfte (Flenady et al., 2011).

### ***Negatief ervaren zorg***

Niet alle vrouwen zijn tevreden met de zorg rond zwangerschap en geboorte (Nivel, 2012).

Tussen de 9 en 44% vrouwen heeft een negatieve of traumatische geboorte ervaring en 3% ontwikkeld PTSS ((Söderquist ,2009). Belangrijke risicofactoren tijdens de prenatale periode voor PTSS zijn een depressie aan het begin van de zwangerschap (OR=16.3), ernstige angst voor de bevalling (OR=6.2), en 'pre'-traumatische stress (aan het einde van de zwangerschap (OR=12.5). (Söderquist 2009) J.

### ***Gebrek aan eigen regie en gezondheidsvaardigheden***

Een deel van Nederlandse zwangeren denkt dat ze hun gezondheid nauwelijks kunnen beïnvloeden (Baron 2015). Gezondheidsvaardigheden spelen een cruciale rol tijdens de zwangerschap, omdat gezondheidsgedrag van de moeder zowel haar eigen gezondheid als die van haar kind beïnvloedt. (Nawabi 2021)

### ***Ontbreken van een ondersteunend netwerk***

Een meta-analyse laat zien dat weinig sociale steun significant gerelateerd is met prenatale depressie (AOR: 1,18 (95% BI: 1,01, 1,41)) en prenatale angst (AOR: 1,97 (95% BI: 1,34). , 2.92).

## **Aan te pakken factoren**

CenteringZwangerschap zet in op een aantal factoren:

M.b.t. de einddoelgroep; factoren gerelateerd aan de organisatievorm van de zorg

- Betrokkenheid bij de zorg: gezondheidsvaardigheden (subdoel Versterken regie)
- Empowerment: het kennen van de eigen wensen en grenzen als het gaat om zaken rond zwangerschap, bevalling en het aanstaande ouderschap (subdoel Versterken regie)
- Gezamenlijk doelen formuleren, benodigde acties opschrijven en evalueren of de doelen bereikt zijn en wat er nog nodig is. (subdoel Versterken regie)
- Sociaal netwerk in de buurt (subdoel Ondersteunend netwerk)
- Goede communicatie met zorgverlener (subdoel Positief ervaren zorg)

M.b.t. de einddoelgroep; factoren gerelateerd aan de inhoud van de zorg

- Vroegtijdig signaleren van problemen tijdens de zwangerschap (subdoelen Psychosociale en Fysieke gezondheid)
- Gezonde leefstijl: gezonde voeding, voldoende lichaamsbeweging, gezond gewicht; niet roken, geen alcohol en drugsgebruik; start met borstvoeding (subdoel Gezonde leefstijl)
- Psychosociale gezondheid: weinig stress, minder depressie, kunnen vinden van ondersteuning (subdoelen Psychosociale gezondheid en transitie ouderschap)
- Betrokkenheid van de partner bij zwangerschap, bevalling en voorbereiding op het ouderschap (subdoel Transitie Ouderschap)

M.b.t. de zorgverlener (subdoel Intermediaren)

- Attitude verandering van didactisch naar facilitatie door training en consultatie
- Zwangeren vaardigheden aanleren zodat zij zelfstandig hun medische controles kunnen uitvoeren

## Verantwoording

Het Nederlandse prenatale systeem is aan vernieuwing toe. Het rapport "Een goed begin" van de Commissie Zwangerschap en Geboorte deed in 2009 aanbevelingen om de relatief hoge babysterfte in Nederland aan te pakken door onder andere het geven van meer cliënt gecentreerde zorg aan zwangeren. Binnen het programma Kansrijke Start wordt veel geïnvesteerd in programma's en samenwerkingsprojecten om de zorg binnen de eerste duizend dagen te verbeteren. Nieuwe inzichten en bewezen strategieën zoals client-gecentreerde zorg, value-based zorg, positieve gezondheid, geïntegreerde zorg zijn in de aanpak opgenomen. Hoewel deze allemaal afzonderlijk van elkaar bij kunnen dragen aan verbeterde gezondheid en welzijn van moeder en kind tijdens de eerste duizend dagen, is de huidige uitdaging hoe deze te integreren in een haalbaar zorgmodel dat inclusief en toegankelijk is voor iedereen.

Een van de indicatoren van goede zorg binnen Kansrijke Start is CenteringZwangerschap. In het RIVM rapport "Beter weten: een beter begin" wordt aanbevolen om voor vrouwen en partners die dat wensen CenteringPregnancy te faciliteren omdat preventie, zorg, leren van elkaar en van elkaars netwerk met elkaar worden verbonden. (Achterberg 2020).

Bekend is dat informatie en basale gezondheidszorg in een groep effectief is, vooral rondom reproductieve gezondheid, jeugdgezondheid en ouderschap (Lassi 2016, ten Hoope 2014). Groepszorg is een manier om persoonlijke ervaringen te delen en steun te ontvangen van anderen met vergelijkbare vragen.

CenteringZwangerschap maakt gebruik van de kennis en de wijsheid die in iedere deelnemer schuilt en die culturele waarden en normen waardeert. Uitgangspunt is dat zorgverleners een faciliterende rol aannemen in plaats van de traditionele, informatief-didactische rol, waardoor een dynamische zorgomgeving ontstaat. Deelnemers bedenken andere oplossingen vanuit gedeelde perspectieven. Sociale steun gefaciliteerd door onderling vertrouwen is een van de werkzame mechanismes in Centering (Kweekel 2017)

CenteringZwangerschap geassocieerd is met tenminste gelijke of betere zwangerschapsuitkomsten, beter gezondheidsgedrag, betere mentale gezondheid en meer tevredenheid met de zorg. Het bereikt kwetsbare zwangeren, zorgverleners blijken tevredener met hun werk en het model is waarschijnlijk kostenbesparend. Daarmee is CenteringZwangerschap een goed voorbeeld van het Value Based Healthcare concept: 1)

verbeterde gezondheid, 2) beter ervaringen met de zorg, 3) kostenvermindering, 4) aandacht voor het welzijn van zorgverleners.

CenteringZwangerschap combineert de reguliere medische verloskundige zorg met de kracht van groepsbijeenkomsten. De reguliere medische verloskundige zorg is onder meer gericht op het vroegtijdig signaleren van problemen en risico's. De groep helpt individuen om doelen te bereiken die zij alleen niet behaald zouden hebben. Specifiek wordt met de kracht van de groep bedoeld: van elkaar leren, community building, attitudeverandering, ontwikkelen van inzichten, sociale steun, het ontwikkelen van probleemoplossend vermogen. (Rising, 1998) CenteringZwangerschap streeft bij het samenstellen van groepen naar een gemengde populatie, om zo optimaal van elkaar te kunnen leren. Door de integratie van de reguliere zorg binnen de groepsbijeenkomsten worden meer zwangeren bereikt en worden met alle zwangeren uitgebreid onderwerpen besproken die anders alleen een selecte groep geïnteresseerden zou bereiken (bijvoorbeeld borstvoeding, ouderschap)

Faciliteren is een essentieel onderdeel van CenteringZwangerschap. Om te leren zijn drie dimensies van belang: *inhoud*, interactie met de *omgeving* en *drijfveren* als motivatie of juist weerstand (de geïntegreerde leertheorie van Illeris, 2007). Informatie wordt daarom het beste onthouden als dit a. persoonlijk relevant is en b. mensen actief betrokken worden in het leerproces. Bij CenteringZwangerschap wordt elke bijeenkomst informatie gegeven die past bij de duur van de zwangerschap: de dimensies *inhoud*, goede, betrouwbare informatie, en *persoonlijke relevantie* zijn daarmee gewaarborgd. Afhankelijk van de interesse van de leden van de groep wordt besloten op welk thema dieper wordt ingegaan: de dimensie *motivatie*. Door de *interactie* en de *variatie in werkvormen* worden zwangeren actief bij de thema's betrokken. De variatie in werkvormen zorgt ook voor een grotere concentratieboog en draagt er aan bij dat zwangeren en hun partners de opgedane kennis onthouden.

CenteringZwangerschap heeft veel kenmerken van persoonsgerichte zorg (Vlek, 2015):

1. *Een breed primair proces, van gedrag en gezondheid in plaats van ziekte en zorg.* In Centering is dit terug te vinden in de breedte van de thema's die besproken worden. Niet enkel de (medische) zwangerschap staat centraal, maar ook de leefstijl, de psychosociale gezondheid, een ondersteunend netwerk en de transitie naar het ouderschap. Hierin wordt aangesloten bij de persoonlijke doelen van de zwangere.
2. *Een stapsgewijze aanpak.* De gezondheidssituatie van de patiënt vormt het uitgangspunt. In Centering zorgen het Zelfbeoordelingsformulier en het zelf meten van bloeddruk en bmi de basis voor de analyse. Met de zorgverlener worden de resultaten besproken. Gezamenlijk worden doelen geformuleerd en benodigde acties opgeschreven. Elke bijeenkomst wordt vervolgens geëvalueerd of de doelen bereikt zijn en wat er eventueel nog nodig is. De groep biedt hierbij nog aanvullende inspiratie en goede voorbeelden.
3. *De zorgverlener als coach.* De zorgverlener ondersteunt de patiënt bij het halen van de doelen als een 'personal coach'.
4. *Gezamenlijke besluitvorming & individueel zorgplan.* Gezamenlijke besluitvorming onderscheidt zich van reguliere zorg doordat de zorgverlener aangeeft dat er een keuze is, dat voor- en nadelen besproken worden en dat de patiënt en de zorgverlener samen een besluit nemen. Centering volgt dit proces in de bijeenkomsten. Keuzes worden door de zwangere vastgelegd in haar geboorteplan, of, als zij dat niet maakt, dermate goed doorgesproken dat zij en/of

haar partner in staat zijn op een goede manier aan de zorgverlener kenbaar te maken wat zij graag willen.

Persoonsgerichte zorg is effectiever, gezamenlijke besluitvorming levert meer tevredenheid op en draagt bij aan een betere relatie tussen de zorgverlener en de patiënt bij CenteringZwangerschap de zwangere). De patiënt wordt weerbaarder, mondiger, actiever betrokken en voelt zich meer verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid (Vlek, 2013) Deze organisatievorm zorgt dus voor een toename van de betrokkenheid bij de zorg, voor empowerment van de zwangeren en voor goede communicatie tussen de zorgverlener en de zwangere.

Voor succesvolle implementatie van zelfmanagement in de zorg is het belangrijk dat zorgverleners hun standaard consultvoering loslaten en de attitude, kennis en vaardigheden ontwikkelen om aan te sluiten bij wat voor de zwangere belangrijk is en leren zelfregie te faciliteren (Heijmans, 2015). De training van CenteringZwangerschap is hier dan ook op gericht.

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

#### I PILOT HAALBAARHEID CENTERINGPREGNANCY IN NEDERLAND

- a) CenteringPregnancy biedt zwangere centrale rol in Nederlandse verloskundige zorg. Marlies Rijnders et al, TSG 2012: 90 (8).
- b) Haalbaarheidsonderzoek CenteringPregnancy
- c) In 2011 is de haalbaarheid van CP in de Nederlandse geboortezorg in een pilot onderzocht binnen drie verloskundigenpraktijken die verschilden in omvang en samenstelling van de cliënt populatie. Uit deze pilot kwam naar voren dat CP organisatorisch haalbaar is in de verloskundigenpraktijk mits de praktijk van voldoende omvang is. Ongeveer 160 vrouwen ontvingen CP binnen de pilot en de zwangeren en zorgverleners waren zeer positief over deze vorm van zorg.

#### II PARTICIPATIE IN CENTERING

- a) CenteringPregnancy in the Netherlands: Who engages, who doesn't, and why. Wagjio MA et al 2022 Birth. 2022
- b) A stepped wedged cluster randomised trial in 13 verloskundige praktijken en twee ziekenhuizen. Zie voor methode onderzoek I in behaalde effecten.
- c) In totaal 2562 vrouwen zijn geïnccludeerd in de studie. De gemiddelde participatie graad in Centering was 31.6% per organisatie (range 10%-53%). Nulliparae, vrouwen jonger dan 26 of ouder dan 30, en vrouwen met een gemiddeld of hoger gerapporteerd stress niveau participeerden vaker in CP. Participatie was lager onder vrouwen die gestopt waren met roken voor de eerste prenatale controle of vrouwen die lager scoorden op kennis mbt lifestyle en zwangerschap. Van de participanten volgde 87% zeven of meer van de 10 bijenkomsten. Er waren geen significante verschillen in basiskarakteristieken tussen vrouwen met een hoge of lage participatie graad. De verschillen in participatiegraad tussen organisaties verdient nadere aandacht.

#### III ECONOMISCHE EVALUATIE CENTERING

- a) Economische Evaluatie CenteringPregnancy in Nederland. Westra X, 2021, Leiden TNO rapport R10107 | 060.47172
- b) Economische evaluatie vanuit het perspectief van de gezondheidszorg voor een hypothetisch jaarcohort van 140.000 zwangeren. De effecten zijn afkomstig van de resultaten van de stepped wedged trial (zie onderzoek I behaalde Effecten), zorgkosten op langere termijn zijn berekend op basis van de literatuur. Kosten voor uitvoer van Centering zijn verzameld middels een online enquête onder 40 zorgverleners die vanaf 2017 of eerder Centering aanboden.
- c) CenteringZwangerschap kost gemiddeld €57 extra per persoon, vergeleken met reguliere zorg. Door het significant minder voorkomen van zwangerschapshypertensie, hogere borstvoeding prevalentie en afname rokers in de CP groep zijn toekomstige zorgkosten besparingen gemiddeld €133 per persoon, resulterend in een netto besparing van €76 per persoon in CP. Sensitiviteitsanalyses laten zien dat CP in de meest conservatieve schatting, bij een maximale tijdsinvestering en een multidisciplinaire inzet met andere zorgprofessionals, tenminste zorgkosten neutraal is. Alleen bij een groepsgrootte van 8 personen of minder worden de zorgkosten niet gecompenseerd.

#### **IV GROUP PRENATAL CARE: MODEL FIDELITY AND OUTCOMES (internationaal onderzoek)**

- a) Group prenatal care: model fidelity and outcomes. Novick G, Reid A, Lewis J, et al. American Journal of Obstetrics & Gynecology 2013; 209:112.
- b) Type onderzoek: Process fidelity (de mate waarin de zorgverleners faciliterend en de deelnemers betrokken waren) en content fidelity (de mate waarin de inhoud zoals bedoeld werd gebruikt in de bijeenkomsten) werden gescoord middels observatie. De associatie van deze fidelity met zwangerschapsuitkomsten en kenmerken van de bevalling (uit het dossier) en borstvoeding (zelfgerapporteerd) werd onderzocht.
- c) De mate waarin CenteringPregnancy werd uitgevoerd zoals bedoeld was geassocieerd met significante afname van vroeggeboorte en intensief zorggebruik.

#### **V Ervaringen met Centering**

- a) Pareltjes, Kleine Centering verhalen met een grote impact Jans S et al (2020) , Leiden ISBN: 978-94-6323-995-0
- b) Interviews met zorgverleners en zwangeren over impactvolle en illustratieve Centering ervaringen in de verloskundige en JGZpraktijk
- c) In veertig korte interviews wordt per thema (bijvoorbeeld roken, huiselijk geweld, tienerzwangerschap) het door de zorgverlener ervaren effect van Centering beschreven op welbevinden van de zwangere en /of verloop van de zwangerschap.

### **4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten**

#### **I Effect CenteringZwangerschap op zwangerschapsuitkomsten**

- a) *The effect of CenteringPregnancy on maternal, birth, and neonatal outcomes amongst low-risk women in the Netherlands. Wagjjo MR et al 2022 submitted.*
- b) - A stepped wedged cluster RCT. Tussen 2013-2016 is in 13 verloskundigenpraktijken CP stapsgewijs geïmplementeerd. Van de 2124 geïnccludeerd zwangeren ontving 32,7% CP.
  - Zwangerschapsuitkomsten en determinanten zijn verkregen via Perined en vragenlijsten
  - In de analyse is multilevel intention-to-treat analyse en propensity-score matching gedaan. Na propensity score matching zijn 305 nulliparae in individuele zorg (IC) 267 nulliparae in CP, 354 multiparae in IC en 152 multiparae in CP vergeleken met de gematchte controles uit de periode voorafgaand aan de invoering van CP in de praktijk.
- c) Vergeleken met de controle groep, hadden nulliparae in CP een lager risico op hypertensieve complicaties (OR = 0.53, 95% CI = 0.30–0.93) en op een samengestelde maat van niet optimale maternale uitkomsten (hypertensie, diabetes gravidarum, fluxus post partum) (OR = 0.52, 95% CI = 0.33–0.82). Ook was start borstvoeding hoger onder nulliparae (OR = 2.21, 95% CI 1.46–3.34) en multiparae (OR = 1.62, 95% CI = 1.00–2.62) in CP, maar niet in IC, tov de controlegroepen.

#### **II Effect CenteringZwangerschap op gezondheidsgedrag, kennis en zorggebruik**

- a) *Contributions of CenteringPregnancy to women's health behaviours, health literacy, and health care use in the Netherlands: A stepped wedge cluster randomised trial. Wagjjo et al 2022 submitted*

- b) Onderzoeksmethode zie Onderzoek I, dataverzameling met vragenlijsten bij 12-28-36 weken zwangerschap en 6 weken postpartum
- c) CP is geassocieerd met minder alcohol gebruik na de bevalling (OR=0.59, 95%CI 0.42-0.84), meer voldoen aan de normen voor gezond eten en lichaamsbeweging ( $\beta=0.19$ , 95%CI 0.02-0.37), en meer kennis toename over de zwangerschap ( $\beta=0.05$ , 95%CI 0.01-0.08). Zorggebruik en tevredenheid met zorg waren statistisch significant hoger onder CP deelnemers. Er was een niet-significante trend naar grotere afname roken.

### III IMPLEMENTATIE CENTERINGPREGNANCY IN NEDERLAND 2012-2013

- a) *Women-centered care: Implementation of CenteringPregnancy in The Netherlands. Rijnders M et al. Birth 2019 Sep;46(3):450-460.*
- b) Type onderzoek:
  - *Zwangerschapsuitkomsten*: cohortstudie waarin zwangeren die CP hebben gekregen vergeleken zijn met zwangeren die individuele zorg hebben gekregen in dezelfde praktijken. Data afkomstig van zwangerschapskaarten gebruikt (zorgproces, demografie, zwangerschapsuitkomsten).
  - *Ervaringen met zorg*: vragenlijst
- c) 597 zwangeren in CP zijn vergeleken met 1736 zwangeren in individuele zorg. Er waren geen verschillen in basiskarakteristieken behalve significant meer nulliparae dan multiparae in CP. Na correctie voor praktijk en risicofactoren voor ongunstige zwangerschap uitkomsten hadden nulliparae in CP vergeleken met zwangeren in individuele zorg significant minder vaak pijnmedicatie (AOR 0.56 [0.43-0.73]), en waren vaker gestart met borstvoeding AOR 1.74 [1.15-2.62]. Nulliparae en multiparae vrouwen in CP hadden meer prenatale visites AOR 1.23 [1.18-1.29] en 1.29 [1.21-1.36]). Er waren geen verschillen tussen beide groepen in neonatale uitkomsten.  
221 zwangeren waarvan 103 in CP retourneerden de vragenlijst. Er was geen verschil in tevredenheidsscore. Wel hadden zwangeren in CP vaker steun ervaren (87% vs. 76%  $p<0.001$ ), actief deelgenomen aan de zorg (90% vs. 69%  $p=0.001$ ) en meer hun mening kunnen geven over de zorg (93% vs. 74%  $p<0.002$ ). Ook waren wensen met betrekking tot beweging, voeding en medicatie beter besproken.

### IV Effectiveness of the CenteringPregnancy program on maternal and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis (internationaal onderzoek)

- a) Effectiveness of the CenteringPregnancy program on maternal and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. Liu et al. Int J Nurs Stud . 2021 Aug;120:1-9.
- b) Type onderzoek: systematische review en meta-analyse van zeven RCT's  
Uitkomstmaten: vroeggeboorte, laag geboortegewicht, depressie postpartum.
- c) CenteringPregnancy is niet geassocieerd met minder vroeggeboorte (OR 0.88 [0.71-1.07]), laag geboortegewicht (OR 0.87 [0.68-1.12]), maar wel met minder depressieve symptomen 6 maanden postpartum (OR 0.49 [0.40-0.59])

## 5. Samenvatting Werkzame elementen



#### Inhoudelijke werkzame elementen

- De combinatie van reguliere medische verloskundige zorg en de kracht van de groep (sociale steun, van elkaar leren, risico's vroegtijdig signaleren).
- Persoonsgerichte zorg: een breed primair proces (gedrag en gezondheid), een stapsgewijze aanpak naar gedragsverandering, de zorgverlener als coach, gezamenlijke besluitvorming en individueel geboorteplan (grotere betrokkenheid bij de zorg, empowerment en goede communicatie).
- Interactief leren en de variatie in werkvormen (onthouden, motivatie, concentratieboog).
- Thema's afgestemd op de zwangerschapsduur (persoonlijke relevantie).

#### Praktische werkzame elementen

- Een gemengd samengestelde groep (variatie in inzichten en mogelijke oplossingen), met een vergelijkbare zwangerschapsduur (herkenning, dezelfde relevante thema's) en woonachtig in dezelfde buurt (sociaal netwerk).
- Altijd dezelfde begeleiders om te zorgen voor een veilige omgeving en goede relatie.
- De zorgverlener als faciliterend begeleider van de groep: Zorgverleners laten hun standaard consultvoering los en ontwikkelen de attitude, kennis en vaardigheden om aan te sluiten bij wat voor de zwangere belangrijk is en zelfregie te faciliteren (training van CenteringZwangerschap).
- Een geschikte ruimte voor zowel de individuele medische controles als de activiteiten in groepsverband.

## 6. Aangehaalde literatuur

Achterberg, PW, Harbers MM, Post NAM, Visscher K. Beter weten: een beter begin. Samen sneller naar een betere zorg rond de zwangerschap. RIVM-briefrapport 2020-0140

Alderliesten ME, Stronks K, van Lith JM, Smit BJ, van der Wal MF, Bonsel GJ, Bleker OP: Ethnic differences in perinatal mortality. A perinatal audit on the role of substandard care. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008, 138(2):164-170

Aris-Meijer J, Bocking C, Stolk R, Verbeek T, Beijers C, van Pampus M, Burger H. What If Pregnancy Is Not Seventh Heaven? The Influence of Specific Life Events during Pregnancy and Delivery on the Transition of Antenatal into Postpartum Anxiety and Depression. Int J Environ Res Public Health. 2019 Aug 9;16(16):2851.

Baas CI, Erwich JJHM, Wiegers TA, de Cock TP, Hutton EK. **Women's suggestions for improving midwifery care in the Netherlands** Birth, 42 (4) (2015), pp. 369-378

Baron R, Mannien J, te Velde SJ, Klomp T, Hutton EK, Brug J. Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth 2015 Oct 13;15:261-015-0676-z

Baron R, Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Noordman J, Heymans MW, Spelten ER, Brug J, Hutton EK. Health behaviour information provided to clients during midwife-led prenatal booking visits: Findings from video analyses. Midwifery. 2017 Nov;54:7-17.

Bartelink, C., Verheijden, E. Wat werkt bij het versterken van het sociale netwerk van gezinnen? Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Utrecht: 2015. Te downloaden via <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt/Wat-werkt-bij-het-versterken-van-het-sociale-netwerk>.

Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringe Sr, Hoyer D, RoseboomT, Räikkönen K, King S, Schwab M. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, Volume 117, 2020, Pages 26-64,

Bonsel GJ, Birnie E, Denktas, S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010

Carter, E.B., et al. Group prenatal care compared with traditional prenatal care: a systematic review and meta-analysis. Obstetrics & Gynecology, 2016. 128(3): p. 551-561.

CBS Statline; Geboorte; Kerncijfers.

<http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37422ned&D1=0-2,28-40,45,47,52-54&D2=0,10,20,30,40,50,60-65&VW=T>. Gedownload op 19 juni 2017.

Daly D, Moran P, Wuytack F, Hannon S, Hannon K, Martin Y, Peoples M, Begley C, Newnham E. The maternal health-related issues that matter most to women in Ireland as they transition to motherhood - A qualitative study. Women Birth . 2022 Feb;35(1):e10-e18.

Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy Childbirth. 2008 Jul 29;8:30.

- De Boer, J., & Zeeman, K. (2008). Prenatale Verloskundige Begeleiding. Deventer: Ovimes Grafische Bedrijven.
- Docherty A, Bugge C, Watterson A. Engagement: an indicator of difference in the perceptions of antenatal care for pregnant women from diverse socioeconomic backgrounds. *Health Expect.* 2012 Jun;15(2):126-38.
- Entringer S. Prenatal stress exposure and fetal programming of complex phenotypes: interactive effects with multiple risk factors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* Volume 117, October 2020, Pages 3-4
- Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, Boerleider AW, Spelten E, Schellevis F, Reijneveld SA. Determinants of prenatal health care utilisation by low-risk women: a prospective cohort study. *Women Birth.* 2015 Jun;28(2):87- 94.
- Flenady V, Koopmans L, Middleton P, J Frøen F, Smith GC, Gibbons K, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2011;377(9774):1331-40.
- Geboortebeweging. #genoeggezwegen. Beschikbaar via: [www.geboortebeweging.nl/genoeggezwegen/](http://www.geboortebeweging.nl/genoeggezwegen/). Geraadpleegd op 31-8-2022.
- Graaf de JP, Ravelli ACJ, Wildschut HIJ, Denktas S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Steegers EAP. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2008 Dec 13; 152(50):2734-40
- Heijmans M, Lemmens ., Otten W, Havers J, Baan C, Rijken M. Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten. Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland. Nivel, Utrecht: 2015.
- Hetherington E, Tough S, McNeil D, Bayrampour H, Metcalfe A.
- Vulnerable Women's Perceptions of Individual Versus Group Prenatal Care: Results of a Cross-Sectional Survey. *Matern Child Health J.* 2018 Nov;22(11):1632-1638.
- Illeris, K. How we learn. 2007.
- Jans S, Hilhorst D, Rising S, Rijnders M. Pareltsjes, Kleine Centering verhalen met een grote impact. (2020) , Leiden ISBN: 978-94-6323-995-0
- Kweekel L, Gerrits T, Rijnders M, Brown P. The Role of Trust in CenteringPregnancy: Building Interpersonal Trust Relationships in Group-Based Prenatal Care in The Netherlands. *Birth.* 2017 Mar;44(1):41-47
- Lanting CI, van Dommelen P, van der Pal-de Bruin KM, Bennebroek Gravenhorst J, van Wouwe JP Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. *BMC Public Health.* 2015 Jul 29;15:723.
- Lassi Z, Kumar R, Bhutta Z. Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health: Disease Control Priorities-Chapter 14-Community-Based Care to Improve Maternal, Newborn and Child Health. 2016: vol.2. The World Bank, Washington DC, USA.

- Liu Y, Wang Y, Wu Y, Chen X, Bai J. Effectiveness of the CenteringPregnancy program on maternal and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud.* 2021 Aug;120:103981.
- McLellan, JM, O'Carroll, RE, Cheyne, H. et al. Investigating midwives' barriers and facilitators to multiple health promotion practice behaviours: a qualitative study using the theoretical domains framework. *Implementation Sci* **14**, 64 (2019).
- Nawabi F, Krebs F, Vennedey V et al. Health literacy in pregnant women: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18
- Novick G, Reid A, Lewis J, et al. Group prenatal care: model fidelity and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:112.
- PRN 2020: Perined, Utrecht, 2022, geraadpleegd via: [www.peristat.nl](http://www.peristat.nl), op datum 31-8-2022.
- Rance S, McCourt C, Rayment J, Mackintosh N, Carter W, Watson K, Sandall J. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? *BMJ Qual Saf.* 2013 Apr;22(4):348-55.
- Ravelli ACJ, Tromp M, Eskes M, Droog JC, van der Post JAM, Jager KJ, Mol BW, Reitsma, JB. Ethnic differences in stillbirth and early neonatal mortality in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 2011;65:696-701.
- Rijnders M, Jans S, Aalhuizen I, Detmar S, Crone M [Women-centered care: Implementation of CenteringPregnancy in The Netherlands.](#) *Birth* 2019 Sep;46(3):450-460.
- Rijnders, M., Pal K. van der, Aalhuizen, I. CenteringPregnancy biedt zwangere centrale rol in Nederlandse verloskundige zorg. *TSG* 2012: 90 (8).
- Rijnders M, Jans S, Groesen K. Centering in Times of the Covid-19 Pandemic. *The Practicing Midwife* 2021; 24 (01): 9-11
- Rising, S.S. CENTERING PREGNANCY. An Interdisciplinary Model of Empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery* 1998; 43(1): 46-54.
- Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG.* 2009 Apr;116(5):672-80.
- Stichting PRN. Grote Lijnen 1999-2012. Utrecht: Stichting Perinatale registratie Nederland; 2013.
- Ten Hoop –Bender P, Kearns A, Caglia J et al. Group Care- Alternative models of care deliver to increase women's access, engagement and satisfaction. Women and Health initiative/Maternal Health Task Force/Harvard School of Public Health. May 2014.
- Vlek, H., Driessen, S., Hassink, L. *Persoonsgerichte Zorg – White paper.* Vilans, Utrecht: 2013.
- Wagijo MR, Crone MR, van Zwicht BS, van Lith JMM, Schindler Rising S, Rijnders MEB.

CenteringPregnancy in the Netherlands: Who engages, who doesn't, and why. Birth. 2022 Jun;49(2):329-340.

Wagijo MR, Crone MR, Bruinsma-van Zwicht BS, van Lith JMM, Billings DL, Rijnders MEB. The effect of CenteringPregnancy on maternal, birth, and neonatal outcomes amongst low-risk women in the Netherlands: A stepped cluster randomised trial. Submitted June 2022

Wagijo MR, Crone MR, Bruinsma-van Zwicht BS, van Lith JMM, Billings DL, Rijnders MEB. Contributions of CenteringPregnancy to women's health behaviours, health literacy, and health care use in the Netherlands: A stepped cluster randomised trial. Submitted June 2022

Westra X, Rijnders M, Crone M, Detmar D. Economische Evaluatie CenteringPregnancy in Nederland. 2021, Leiden TNO rapport R10107 | 060.47172

Zwicht van BS , Crone MR, van Lith JM, Rijnders ME. Group based prenatal care in a low- and high risk population in the Netherlands: a study protocol for a stepped wedge cluster randomized controlled trial.

BMC Pregnancy Childbirth. 2016 Nov 15;16(1):354.

## 7. Praktijkvoorbeeld

Gerjanne Vrielink: "Elke vijf tot zes weken beginnen we met een nieuwe groep. Je kunt meedoen als je tussen de twaalf tot achttien weken zwanger bent. De meeste vrouwen hebben dan al hun eerste controle en eerste echo gehad. In de 26 weken die volgen komt de groep regelmatig bij elkaar. We streven ernaar zo'n tien vrouwen samen te brengen. Als de groep uit vijf cliënten of minder bestaat, dan wordt het soms lastig. Dat is eigenlijk te weinig om een goede discussie op gang te brengen, zeker als er eens iemand ziek is."

"We begeleiden de groep met zijn tweeën. Het is belangrijk ervoor te waken dat het geen theekransje wordt. Het zou zonde zijn om de kostbare tijd te verkletsen. In ons draaiboek staat beschreven welke zaken we kunnen bespreken, maar er is ook ruimte voor inbreng vanuit de groep. Een aantal onderwerpen moet sowieso worden behandeld. Denk maar aan borstvoeding, de bevalling en kraamzorg."

"Als we dit type zorg aanbieden aan onze cliënten, dan vragen zij zich vrijwel allemaal af of ze wel voldoende persoonlijke aandacht krijgen. Juist in deze vorm is er meer ruimte voor individuele verhalen. Iedereen kan een bijdrage leveren aan een discussie en zo komen er onderwerpen aan bod die in een regulier spreekuur niet worden besproken omdat daar simpelweg geen tijd voor is. Daarnaast is er natuurlijk ook nog ruimte om een individuele afspraak te maken."

"In het begin zijn de deelnemers misschien wat terughoudend met het delen van hun verhaal, maar naarmate de groep langer bij elkaar is, valt die schroom weg. Ze herkennen onderwerpen bij elkaar en worden daardoor opener. Natuurlijk is iedereen vrij om dingen voor zichzelf te houden. Ik zal nooit zeggen: Zeg jij nou eens wat, want jij hebt nog helemaal niets met de groep gedeeld. We letten er wel op dat iedereen zijn zegje kan doen. Iemand die schuchter is nodigen we op een prettige manier uit om mee te discussiëren."

"Om de discussie op gang te brengen, werken we soms met stellingen. Als we het bijvoorbeeld over borstvoeding hebben nemen we als gespreksleider allebei een ander standpunt in. Zo proberen we de deelnemers te prikkelen. Zij mogen vervolgens kiezen bij welk standpunt ze zich het beste voelen. Dit kunnen ze aangeven door op een plek op de lijn tussen de gespreksleiders te gaan staan. Als ze neutraal zijn, gaan ze in het midden van de lijn staan. Op die manier ontstaan er discussies waar je in de spreekkamer niet toe komt. Door de verhalen en ervaringen van anderen gaan deelnemers nadenken. Dat gebeurt minder snel wanneer je een cliënt een folder toestopt."

"Laatst was er iemand die eigenlijk flesvoeding wilde geven. Door de enthousiaste verhalen van een andere deelnemer besloot ze toch voor borstvoeding te kiezen. Maar het gebeurt ook wel eens andersom. Toen we pas bezig waren met onze stellingen, zei iemand: 'Ik word hier een beetje dwars van. Ik weet dat jullie vóór borstvoeding zijn, nu krijg ik het gevoel dat ik móet. Dat wil ik niet.' Dat is ook prima, want dat levert weer een leuke discussie op."

»Voor wie is het geschikt?

Een op de drie vrouwen van praktijk De Bakermat kiest voor Centering-Pregnancy.

Volgens Gerjanne Vrielink heeft het programma voor elke cliënt meerwaarde. "Deze vorm van zwangerschapsbegeleiding is geschikt voor elke vrouw. Dames die twifelen laat ik twee, drie keer meedoen, vaak stappen ze dan niet meer uit. De groepen zijn een leuke mix van vrouwen die voor de eerste keer zwanger zijn en vrouwen die een tweede of derde kind verwachten. De laatsten blikken vaak terug. Dat is ook leerzaam voor een groep."

»Welke thema's komen aan bod?

Gerjanne: "De eerste keer bespreken we de regels. Een belangrijke regel is: wat binnen de groep wordt besproken, blijft binnen de groep. Zo voelen mensen zich veilig. Verder hebben we het op de eerste bijeenkomst over voeding: wat mag je wel eten en wat niet? De tweede keer gaan we in op kraamzorg en werkgerelateerde zaken. Dat zijn dingen die je bijtijds moet regelen. Verder praten we over de ongemakken, zoals striae, zwangerschapsmaskers en harde buiken. Sommige vrouwen hebben misschien de neiging zich terug te trekken als blijkt dat zij de enige zijn die kampen met kwaaltjes. We willen het natuurlijk wel bespreekbaar maken. Daarom gebruiken we kaartjes waarop een kwaal vermeld staat. De ene keer vragen we wie er last van heeft, de andere keer wie weet wat het is."

"Op eenzelfde manier gaan we om met de twijfels die vrijwel alle zwangere vrouwen kennen. Er is een periode waarin je je afvraagt of dit nu allemaal wel zo'n goed idee was. Of het eigenlijk wel leuk is om een kind te krijgen. Dan blikken we terug naar de eigen jeugd en de eigen gewenstheid. Soms zegt iemand gewoon: 'Ik vind er niks aan, ik had het me anders voorgesteld.' Tijdens de bijeenkomsten maken we daarom ook een lijst met namen van mensen en instanties bij wie ze terecht kunnen bij vragen. Zo maken we ook bespreekbaar dat een zwangerschap niet altijd leuk is en dat het hebben van een kind ook niet altijd leuk is."

Gerjanne vervolgt: "Zo komen we via verschillende thema's terecht bij de bevalling. Dat kun je droog, chronologisch behandelen, maar wij kiezen ervoor om alle aanwezigen vijf dingen op een briefje te laten schrijven. Waar wil je iets meer over weten? Wij doen ook een papiertje in de bak. Dat is helemaal anoniem. Alle thema's die op de papiertjes staan worden besproken. Zo komt alles aan bod, zonder dat iemand zich ongemakkelijk hoeft te voelen."

"Natuurlijk hebben we het hierbij ook over pijnbestrijding. In de groep bespreken we wat de ervaringen zijn. Wat kun je doen voor je overgaat tot pijnbestrijding? Wat zijn de voordelen? Maar ook: wat is de keerzijde? Door het hierover te hebben, leren vrouwen dat iedereen hierin haar eigen keus maakt. We willen ze meegeven dat ze niet afhankelijk zijn van een hulpverlener. We respecteren hoe dan ook altijd de keuze die zij maken."

Bron: **why's** in verwachting.

## Bijlage: Centering Pregnancy in woord en beeld



Verloskundige Suzanne van Schoonhoven (rechts met ster op trui) probeert alle vrouwen zo veel mogelijk te betrekken bij het gesprek. (Bron: Nederlands Dagblad)

### MEERWAARDE: ZORGINHOUD & SOCIALE NETWERKEN

Het unieke aan CenteringPregnancy is de groepsdynamiek: alle aanwezigen hebben hun eigen inbreng en spiegelen, ondersteunen elkaar en vullen elkaar aan. Door de langere interactietijd tussen de zorgverlener en de zwangere (120 minuten per sessie, in plaats van de gebruikelijke 10-15 minuten) kunnen zowel klinische-, psychische-, sociale- en gedragsfactoren meer uitgediept worden. Daarnaast biedt groepszorg de zwangere de mogelijkheid tot het vormen van vriendschappen, netwerken en ondersteuningsstructuren die juist zwangeren in achterstandssituaties het meest ontberen.

### De toekomst in Nederland

In Amerika is CenteringPregnancy bijna een alledaags verschijnsel. Marlies Rijnders van TNO heeft deze vorm van zwangerschapsbegeleiding naar Nederland gehaald. Waarom? Marlies Rijnders: 'Als zorgverlener wil je graag de zwangere centraal stellen. Je wilt weten wat er in mensen omgaat en hoe je daar je zorg op af kunt stemmen. Dat komt allemaal aan bod bij CenteringPregnancy. De literatuur uit de VS laat heel gunstige resultaten zien. We zijn begonnen in drie praktijken met totaal verschillende doelgroepen. Doel was te bekijken of de verloskundigen ermee uit de voeten konden. Nou, dat konden ze. Daarom gaan we nu uitbreiden. Nog eens zes praktijken gaan CenteringPregnancy aanbieden. Daarnaast zijn we het afgelopen jaar een onderzoek gestart naar de effecten van deze vorm van zorg. Hier doen veertien praktijken en vijf ziekenhuizen in de regio Zuid-Holland en rondom Amsterdam aan mee.'

'De praktijken die nu hebben meegedaan hebben allemaal aangegeven door te willen gaan met CenteringPregnancy. Voor kleine praktijken is het moeilijker een groep van twaalf vol te krijgen. Daarom zie je nu samenwerkingsverbanden ontstaan waarbij een soort 'virtuele' Centeringpraktijk wordt opgericht. Dat geeft wel aan hoe enthousiast ze zijn.'

Hetzelfde geldt voor de deelnemers. Van vrouwen die inmiddels zijn bevallen krijg ik de vraag waarom deze vorm van zorg niet doorloopt in het consultatiebureau. In Amerika kennen ze CenteringParenting. Dat is dus het volgende dat we voor Nederland gaan ontwikkelen.'

'Ik hoop dat zwangere vrouwen over een jaar of tien in heel Nederland terecht kunnen voor CenteringPregnancy. Aan de verloskundigen zal dat in ieder geval niet liggen, want degenen die ik hoor willen graag op een andere manier met hun cliënten omgaan. Het traditionele spreekuur zal blijven bestaan, want er zijn altijd vrouwen die om uiteenlopende redenen individuele zorg nodig hebben. Ik verwacht dat uiteindelijk driekwart van de zwangeren bij Centering terecht zal komen.'

Uit: Whys iv-2013. Samen zwanger. Het succes van Centering Pregnancy.



Een groepsoefening bij een CP-praktijk in Amsterdam.

### Groepsdynamiek

„Het is de groepsdynamiek die het systeem zo waardevol maakt”, vindt ze. „Sommige groepen worden zo hecht. We hebben in Amsterdam meegemaakt dat een vrouw die geen huis en ook geen spullen voor haar kindje had, door de anderen in het zadel werd geholpen. In zo'n groep ontstaan intense vriendschappen.” De vrouwen leren van elkaar, steunen elkander en ontdekken dat je op verschillende manieren naar een probleem kunt kijken.

Gedeelte uit artikel in HDC, vrijdag 28 maart 2014.



Deelnemers aan de cursus wegen zichzelf en houden hun eigen dossier bij.



## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport & Beweging, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

