

CenteringPregnancy™

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de HANDLEIDING bij dit werkblad

Werkblad erkenningscommissie, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: TNO

E-mail: marlies.rijnders@tno.nl

Telefoon: 088 866 6282

Website (van de interventie): www.centeringhealthcare.nl

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in.

Naam : Stichting CenteringHealthcare Nederland

E-mail : info@centeringhealthcare.nl

Telefoon : 0850 601 601

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Dieuwke Schokker en Marlies Rijnders

Titel interventie: CenteringPregnancy™

Databank(en): Gezond en Actief Leven; Jeugdinterventies; ...

Plaats, instituut: Leiden, TNO

Datum: september 2017

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

[Kijk bij het invullen in de handleiding die bij dit werkblad hoort.](#)

Inhoud

Colofon	2
Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	8
2. Uitvoering	12
3. Onderbouwing	16
4. Onderzoek	20
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	20
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	21
5. Samenvatting Werkzame elementen	23
6. Aangehaalde literatuur	24
7. Praktijkvoorbeeld	26

Samenvatting

Eén A-4tje, max 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

CenteringPregnancy™ is een nieuwe vorm van verloskundige zorg. Zwangeren volgen bij de verloskundige 10 bijeenkomsten, samen met andere zwangeren die in dezelfde periode zijn uitgerekend. Daarin zijn de individuele medische controles opgenomen, maar is ook specifiek aandacht voor het leren van elkaar, community building en onderlinge steun en empowerment. De zorgverlener heeft daarbij een faciliterende rol. De resultaten in Amerika, waar Centering™ is ontwikkeld, zijn spectaculair. Ook in Nederland zijn de eerste resultaten veelbelovend. 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. Het initiatief spreidt zich dan ook uit over het land: na de introductie in Nederland in 2011 zijn er inmiddels meer dan 70 praktijken en een aantal ziekenhuizen die CenteringPregnancy™ aanbieden. Het filmpje en overige informatie op de website (www.centeringhealthcare.nl) geven een goede indruk van CenteringPregnancy™.

Doelgroep – max 50 woorden

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

Doel – max 50 woorden

Het doel van CenteringPregnancy™ 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.

Aanpak – max 50 woorden

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 – max 50 woorden

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.

Onderbouwing – max 150 woorden

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

CenteringPregnancy™ 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 en ervaringen delen, gefaciliteerd 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 en een goede start voor moeder en kind en tot grotere tevredenheid over de verleende zorg.

Onderzoek – max 100 woorden

Onderzoek naar de haalbaarheid en implementatie van CenteringPregnancy™ in Nederland laat zien dat de interventie goed uitvoerbaar is en dat deelnemers en zorgverleners enthousiast zijn. Ook de eerste studie naar de effecten op zwangerschapsuitkomsten laat positieve resultaten zien. Als belemmering voor grootschalige implementatie kwamen de kosten voor zorgverleners / uitvoerende organisaties naar voren. Doordat zorgverleners de meerwaarde van de interventie ervaren, leidt dit in de praktijk (nog) niet tot problemen met de implementatie.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

De doelgroep van CenteringPregnancy™ zijn zwangere vrouwen, hun gezin (partner) en hun ongeboren kind(eren). Specifieke aandachtsgroepen zijn zwangere adolescenten en zwangeren in achterstandssituaties, omdat de te behalen winst bij hen het grootst is. Bij de werving is het goed hier aandacht aan te besteden. Het is echter van belang 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.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De intermediaire doelgroep zijn primair de professionals die bevoegd en bekwaam zijn om prenatale zorg te verlenen en die deze in de vorm van CenteringPregnancy™ 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 – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

Alle zwangeren kunnen aan CenteringPregnancy™ deelnemen indien hun zorgverlener de interventie aanbiedt. Deze zorgverlener vormt groepen van 8 tot 12 zwangeren met een vergelijkbare uitgerekende datum. Voorwaarde is dus dat er voldoende deelnemers zijn om met een groep te starten.

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

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

CenteringPregnancy™ is in de Verenigde Staten ontwikkeld door Sharon Rising (Rising, 1998). TNO heeft CenteringPregnancy™ naar Nederland gehaald. In 2011-2012 is een haalbaarheidsstudie in Nederland gedaan in samenwerking met drie verloskundigenpraktijken. Gezamenlijk hebben deze praktijken een gemengde cliëntenpopulatie, waarbij twee praktijken overwegend cliënten met een lage sociaal economische status en/of van allochtone afkomst begeleiden. Nadat alle betrokken zorgverleners waren getraind, zijn de praktijken in januari 2012 gestart. In september 2012 bleken ongeveer 160 vrouwen aan

CenteringPregnancy™ te hebben deelgenomen. De resultaten van de haalbaarheidsstudie zijn veelbelovend: zowel zwangeren als verloskundigen zijn zeer enthousiast over deze vorm van prenatale zorg. De zwangeren waarderen deze groepszorg met een 8,4 gemiddeld (range 7-10).

De ervaringen van de doelgroep worden vanaf deze eerste pilot continu geëvalueerd en gebruikt om de interventie door te ontwikkelen. Daarnaast wordt de invulling van de bijeenkomsten afgestemd op de vragen en behoeften van de deelnemers.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het doel van CenteringPregnancy is een goede fysieke en psychosociale gezondheid van moeder en kind, goede start van het gezin en de transitie naar ouderschap, en positieve ervaringen met de zorg rondom zwangerschap en bevalling.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Voor de einddoelgroep:

- Goede fysieke gezondheid:
 - o Goede fysieke zwangerschapsuitkomsten: verminderde morbiditeit en mortaliteit, zoals: minder vroeggeboorten, minder kinderen met een te laag geboortegewicht, minder ingrepen tijdens de bevalling. Problemen worden vroegtijdig gesignaleerd.
 - o 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.
- Goede psychosociale gezondheid:
 - o Betere psychosociale uitkomsten: zwangeren ervaren minder stress, minder depressie en hebben betere coping mechanismen. Indien zich toch psychosociale problemen voordoen, hebben zwangeren kennis, een positieve attitude en vaardigheden om ondersteuning te krijgen om hun psychosociale gezondheid te verbeteren.
 - o Community building: zwangeren en hun gezin/partner hebben een sociaal netwerk in de buurt, waardoor zij meer sociale steun ervaren en van elkaar kunnen leren.
 - o Zwangeren en hun partner zijn beiden betrokken bij de zwangerschap en bevalling.
 - o Zwangeren en hun partner hebben inzicht in veranderingen in hun relatie en de rolverdeling tussen de partners.
 - o Zwangeren en hun partner voelen zich goed voorbereid op het ouderschap.
- Goede ervaren zorg:
 - o Betrokkenheid bij zorg: zwangeren zijn betrokken bij de zorg rondom hun eigen zwangerschap doordat zij hun eigen medische controles kunnen uitvoeren en hun gezondheidsvaardigheden vergroten.
 - o Empowerment: zwangeren zijn in staat hun wensen en grenzen in de zorg rond zwangerschap en bevalling aan te geven.
 - o Zwangeren en partners ervaren een goede communicatie met hun verloskundige zorgverlener.

Voor de subdoelgroep:

Subdoelen gericht op partners van zwangeren zijn opgenomen onder 'goede psychosociale gezondheid'.

Voor intermediairen:

Het doel van CenteringPregnancy™ is dat verloskundig zorgverleners bottom-up werken: zij leveren zorg in nauwe samenwerking en afstemming met de doelgroep.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg eventueel een schema toe als bijlage.

Vorbereiding

Instellen stuurgroep, aanwijzen coördinator, training van zorgverleners.

Intake en werving

Elke deelnemer aan CenteringPregnancy krijgt eerst een individueel consult met daarin de familie- en obstetrische anamnese, het uitwendig onderzoek, bloedonderzoek, prenatale screening, eventuele echografie, en registratie. Acht tot twaalf zwangeren met een vergelijkbare atermen (uitgerekende) datum worden ingedeeld in één van de te starten groepen.

Uitvoer, 10 bijeenkomsten

Groepen starten bij een zwangerschapsduur van 12-16 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 – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Vorbereiding

Stuurgroep – De stuurgroep is betrokken en verantwoordelijk van 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.

Coördinator – De coördinator is verantwoordelijk voor de lokale organisatorische zaken: planning van groepen, inroosteren groepsleiders, aanschaf en beheer materialen, reserveren groepsruimte, dataverzameling, en contactpersoon voor de landelijke CenteringPregnancy™ organisatie.

Training – Alle zorgverleners die CenteringPregnancy™ gaan faciliteren, moeten eerst getraind zijn. Zie voor meer info het onderdeel implementatie.

Werving en intake

De zorgverlener heeft met alle zwangeren een individuele intake gedaan waarin de anamnese en al het benodigde onderzoek is gedaan. De status van alle deelnemers is volledig.

Uitvoering

Voor de start van de bijeenkomst: de vaste zorgverlener en co-begeleider nemen samen de status van alle deelnemers door. De groepsbijeenkomst wordt voorbesproken, de ruimte ingedeeld (een kring van 12-16 stoelen) en de materialen (voor medische onderzoeken, snacks) klaargezet.

Tijdens de bijeenkomst

De groepsbegeleiders laten ondersteunend leiderschap zien en faciliteren de bijeenkomst, waardoor alle individuen betrokken zijn en als groep gestimuleerd worden verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid.

- Welkom en inloop – welkom heten; extra bij eerste bijeenkomst: ‘Mijn zwangerschapsboek’ uitdelen aan zwangeren, naam bordjes, 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; zwangere vult zelfbeoordelingsformulier ‘Hoe voel jij je vandaag?’ in. De groepsleider luistert naar de inhoud van de gesprekken of opmerkingen tijdens de zelfbeoordeling en neemt het mee naar de groepsdiscussie.
 - *Uitwendig onderzoek* – zorgverlener doet 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: zwangeren schrijven hun vragen op de flap-over.
- Kring
 - Opening – specifiek voor eerste bijeenkomst: regels en vertrouwelijkheid binnen de groep, kennismaking.
 - Discussies en activiteiten – discussiëren over oefeningen van Zelfbeoordelingsformulieren waarin de basisinhoud (thema’s) aan de orde komt, doornemen van vragen op de flap-over

Een uitgebreid aantal onderwerpen wordt in Mijn zwangerschapsboek behandeld. De inhoud is zoveel mogelijk georganiseerd naar de duur en de ontwikkelingsstadia van de zwangerschap. Er is uitgegaan van een algemeen geldende inhoud, maar per groep kan de nadruk verschillen, afhankelijk van de behoeften van de groepsleden. Aanvullende informatie kan desgewenst door de zorgverlener verstrekt worden. Zwangeren kunnen er voor kiezen hun keuzes 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.

- 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.

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

1. CenteringPregnancy™ is verzekerde zorg en voor iedereen toegankelijk. Extra cursussen worden juist door kwetsbare zwangeren niet gevolgd. 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 worden aangepast aan de wensen van de zwangere (en haar partner). Dat is niet het geval als het groepsdeel belegd is in een andere cursus als zwangerschapsgym of -yoga.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

Werving:

- Flyers
- Website (www.centeringhealthcare.nl), Facebook (www.facebook.com/CenteringPregnancy/), Twitter (@CenteringPregna)

Uitvoering:

- Mijn zwangerschapsboek voor elke zwangere.
- Implementatiegids en handleiding voor zorgverlener.
- Materialenbox: de doos met interactieve leermethoden helpen het uitwisselen van kennis te stimuleren. In de doos zitten o.a. een bel, juist/onjuist bordjes, bakjes/fiches, stickers, buttons, badges, filmpje Centering™ en shaken baby, wol, kaartjes met diverse onderwerpen (leefstijl, voeding, AC, klachten, huiselijk geweld, gebitsverzorging, relatie, houdingen, post partum periode, fases bevalling, eerste jaar). Verkrijgbaar via: www.centeringhealthcare.nl/zorgverleners/cursusmateriaal.
- Formulier procesevaluatie: over het verloop van de bijeenkomst. Na afloop van elke bijeenkomst in te vullen door de zorgverlener en co-begeleider.
- Formulier inhoud bijeenkomst: over de besproken onderwerpen. 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 of andere ondersteuners van de zwangere

Materialen voor gezondheidsonderzoek (al in bezit zorgverlener):

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

Evaluatie:

- Formulier CenteringPregnancy Evaluatie: na de 10^e bijeenkomst in te vullen door de deelnemers.

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

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 12-16 stoelen.
- De temperatuur moet aangenaam zijn
- Er is een aangewezen plek voor inloop en materialen: folders, pennen etc
- Er is plek voor water en gezonde snacks

- Er is een plek en er zijn materialen voor zelfonderzoek door de zwangere: elektronische bloeddrukmeter, weegschaal, draaischijf atermen 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 initiatief spreidt zich uit over het land: na de introductie in Nederland in 2011 zijn er inmiddels meer dan 70 praktijken en een aantal ziekenhuizen die CenteringPregnancy™ aanbieden. Het overzicht van aanbieders is te vinden op www.centeringhealthcare.nl/zwanger/zoek-zorgverlener/. Dit wordt regelmatig geüpdatet.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

Professionals die bevoegd en bekwaam zijn om prenatale zorg te verlenen (verloskundigen, huisartsen, gynaecologen) en co-begeleiders (kraamzorg, verpleegkundigen, doula's etc) die CenteringPregnancy™ willen gaan aanbieden moeten het volgende doen:

- een uitgebreid adviesgesprek over invoering van CenteringPregnancy™ op hun locatie
- volgen van de training van CenteringPregnancy™ (2 dagen per zorgverlener)
- intervisie van 3 dagdelen per zorgverlener.

Faciliteren is een essentieel onderdeel binnen CenteringPregnancy™. 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 CenteringPregnancy™ 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 Centering™ in de praktijk.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

De kwaliteit van de uitvoering van de interventie wordt bewaakt door de opleiding (training en intervisie) en certificering van de intermediaire doelgroep. Daarnaast wordt continu data verzameld over de uitvoering, de tevredenheid en de effecten van Centering™. Analyse van deze gegevens biedt input voor doorontwikkeling van de interventie.

Certificering per zorgverlener en is afhankelijk van (binnen 2 jaar):

- het gevolgd hebben van de 2 daagse training
- het gevolgd hebben van de 3 intervisie bijeenkomsten
- minimaal 3 groepen volledig gedraaid hebben
- registratie van data en evaluatie.

Hercertificering: certificering is geldig voor 4 jaar en wordt verlengd indien je:

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

Accreditatie

De scholing voor CenteringPregnancy™ is geaccrediteerd door zowel de Nederlandse organisatie van Verloskundigen (KNOV) en het Kwaliteitsregister van de Nederlandse Kraamzorg (KCKZ, voor de tweedaagse training). Met het volgen van geaccrediteerde scholing worden punten bijgeschreven in de betreffende registers.

Dataverzameling

Er is een procesevaluatie en een inhoudelijke evaluatie om het inzicht in de gang van zaken rondom CenteringPregnancy™ te vergroten. De data worden geanonimiseerd opgestuurd naar TNO om te gebruiken voor onderzoek. Organisaties geven toestemming om, indien ze hiervoor benaderd worden, mee te werken aan onderzoeksprojecten bijvoorbeeld naar zwangerschapsuitkomsten.

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

1. Groepsruimte

Het is belangrijk om een goede, beschikbare en toegankelijke ruimte te hebben voor de bijeenkomsten. Als de ruimte gezellig, aantrekkelijk en privé is dan bevordert dat de goede ervaring van zorgverleners, zwangeren en partners. In de ruimte moet je een cirkel kunnen maken van ongeveer 16 – 20 stoelen en er moet nog ruimte overblijven voor uitwendig onderzoek, een tafel met snacks, loopruimte (ongeveer 2,3 * 2,3 meter of 58m²). Indien er geen ruimte is voor een enigszins private plek voor uitwendig onderzoek kan gebruik gemaakt worden van een open aanpalende (onderzoeks-)kamer.

2. Populatiegrootte

Het doel is om elke maand een groep te starten van 10-12 zwangeren, zodat zwangeren in een groep een vergelijkbare zwangerschapsduur hebben. Uitgaande van maximaal 50% deelnemers bij de start komt dat overeen met minimaal ongeveer 200 nieuwe zwangeren per jaar (als iedereen meedoet in Centering).

3. Deelname zorgverleners

Het is niet noodzakelijk dat elke zorgverlener binnen een setting deelneemt aan Centering. Echter, afhankelijk van de praktijkomvang zijn twee teams met elk een zorgverlener plus co-begeleider wenselijk om gedurende langere tijd Centering™ voort te kunnen zetten. Ook bij ziekte, vakantie en diensten moeten er altijd twee begeleiders aanwezig kunnen zijn. Bovendien is Centering™ meer succesvol als meer dan 50% van alle zorgverleners binnen de setting participeert, omdat Centering™ dan als gangbaar model van zorg geaccepteerd wordt.

* Werving van cliënten hangt samen met het aantal zorgverleners dat meedoet aan Centering. Als alle of de meeste zorgverleners participeren in Centering™ wordt het ook normaler en acceptabeler voor zowel cliënten als staf. Indien minder dan 50% participeert (bijvoorbeeld in een grotere organisatie zoals een ziekenhuis), is het belangrijk staf die in aanraking komt met zwangeren een workshop te bieden om hen de vaardigheden te leren om zwangeren te werven en om te begrijpen wat Centering™ is en beoogt.

4. Administratieve en financiële ondersteuning

Organisatie en uitvoering brengen kosten met zich mee. Dit betekent dat tijd en geld begroot moet worden voor: Planning, data registratie en evaluatie; Materialen en snacks tijdens de bijeenkomsten; Training (ook voor nieuwe collega's); Bijscholing en intervisie (ook voor nieuwe collega's)

5. Stuurgroep

Het is belangrijk om vroeg in het proces een stuurgroep in te stellen. De stuurgroep is betrokken en verantwoordelijk van start tot doorlopende monitoring van de activiteiten. In de stuurgroep kunnen zitting hebben: personen die de groepen gaan begeleiden, personen die overzicht hebben over logistiek en financiën, managers, bestuurlijk verantwoordelijken, niet directe collega's (bijv. diëtiste, zwangerschapsdocent, JGZ verpleegkundige, collega's in buurtpraktijken en/of ziekenhuizen), oudervertegenwoordiging.

6. Coördinator

Er moet per setting 1 coördinator aangesteld worden die verantwoordelijk is voor de planning van groepen, inroosteren groepsleiders, materialen aanschaf en beheer, reserveren groepsruimte, dataverzameling, en contactpersoon voor de CenteringPregnancy™ organisatie.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Landelijk is er veel interesse voor CenteringPregnancy™. Daarom is in juni 2017 de stichting Centering Nederland opgericht. Deze stichting is verantwoordelijk voor de implementatie, training, kwaliteitsborging en ontwikkeling van CenteringPregnancy™ in Nederland. TNO is als kennispartner verbonden aan de stichting.

De stichting streeft naar landelijke implementatie, met als doel een veranderd zorgmodel. Daartoe worden diverse wervingsactiviteiten verricht: presentaties, een landelijk congres, artikelen in het tijdschrift voor verloskunde en in diverse populaire media en kennismakingcursussen binnen verloskunde opleidingen

Om de kwaliteit van het Centering™ model te garanderen en te borgen is er een actief begeleidingstraject voor implementatie. Het implementatietraject bestaat uit advisering op praktijkniveau, training van alle medewerkers, intervisie, visitatie en certificering.

Het implementatietraject

Indien een zorgverlener overweegt om Centering™ te gaan starten is het belangrijk dat hij/zij het Centering™ model begrijpt en bespreekt met verschillende sleutelfiguren op locatie, zoals directe collega's maar ook collega's in samenwerkende organisaties. Binnen grotere organisaties is het essentieel dat managers en bestuurlijk verantwoordelijken betrokken zijn bij de implementatie.

Implementatietraject in het kort:

- Uitgebreid adviesgesprek over invoering van CenteringPregnancy™ op hun locatie
- Training van CenteringPregnancy™ (2 dagen)
- Intervisie (3 dagdelen)
- Helpdesk: mogelijkheid tot consultatie en advies
- De mogelijkheid tot bestellen van Centering™ materialen
- Certificering (zie ook kwaliteitsbewaking)

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

Kosten

- Training en intervisie: in het implementatietraject volgt elke zorgverlener twee dagen training en 3 intervisiebijeenkomsten. De prijs voor het traject is € 640,- per deelnemer.
- Materialenbox: € 200,- excl. btw.
- Boekje 'Mijn zwangerschapsboek' voor deelnemers: € 5,- per stuk excl. btw (40 stuks voor € 200,-).

Tijd

- Voor de zorgverlener (verloskundige) is de tijdsinvestering vergelijkbaar met de tijd die het verlenen van (individuele) reguliere zorg kost. Hiervoor is dus geen extra investering nodig.
- De co-begeleider: bij Centering™ wordt altijd gewerkt met een co-begeleider. De uren van deze persoon moeten ook gedekt worden. Voor één groep Centering, met 10 bijeenkomsten van 2 uur, gaat het dus om 20 uur uitvoering. Voorbereiding en evaluatie komen hier nog bij. Dit wordt veelal bekostigd door zorgverleners zelf. Soms is er subsidie vanuit de gemeente of door Centering™ uit te voeren in het kader van onderzoek of projecten gericht op integrale zorg. Soms is de co-begeleider een student verloskunde /geneeskunde (gratis) in het kader van stage.

NB: Voor zwangeren is deelname aan CenteringPregnancy™ altijd kosteloos (vanuit basisverzekering)! De praktijken die CenteringPregnancy™ uitvoeren geven aan dat zij de interventie dermate waardevol vinden dat deze kosten voor hen vooralsnog geen zwaarwegende barrière vormen. De positieve ervaring van zowel zorgverleners als het enthousiasme van de zwangeren zorgen hiervoor.

3. Onderbouwing

Probleem – max 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Ongunstige zwangerschapsuitkomsten

In 2015 werden in Nederland 170.510 kinderen geboren uit 168.184 vrouwen (CBS). Bij een klein deel is sprake van ongewenste zwangerschapsuitkomsten. De ernstigste daarvan zijn perinatale sterfte (kinderen die overlijden vóór, tijdens of in de eerste 28 dagen na de geboorte na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer) en maternale sterfte (tijdens de zwangerschap of binnen 42 dagen na beëindiging van de zwangerschap). Andere ongewenste zwangerschapsuitkomsten zijn o.a. vroeggeboorte en een laag geboortegewicht.

De perinatale sterfte was 7,8 per 1.000 (1.320 kinderen) (PRN, 2015). In de periode 1999-2012 meldden zorgverleners 266 gevallen van maternale sterfte bij de Auditcommissie Maternale Sterfte van de NVOG. Dit betekent dat 9,3 moeders per 100.000 levend geboren kinderen overleden (PRN, 2013). In Nederland werden in 2015 in totaal 12.070 kinderen (7,1% van totaal) te vroeg (zwangerschapsduur < 37 weken) geboren en 1,4% van alle pasgeborenen werd bij een zwangerschapsduur van < 32 weken geboren. Er werden 2.130 kinderen geboren (1,3% van totaal) met een geboortegewicht van minder dan 1500 gram. (PRN, 2015).

Ongunstige zwangerschapsuitkomsten komen vaker voor bij niet-Westerse allochtone vrouwen en vrouwen met een lage sociaaleconomische status (Ravelli, 2011). Tevens worden ongunstige zwangerschapsuitkomsten vaker gezien in grote steden en in achterstandswijken van grote steden, onafhankelijk van het land van herkomst van de zwangere vrouw. Daarachter ligt een bundeling van risicofactoren van minder goede sociale omstandigheden (De Graaf, 2008).

Verloskundige zorg in Nederland

Verloskundige zorg in de eerste lijn bestaat uit individuele zorg waarbij er in de zwangerschap zo'n 13 consulten zijn van gemiddeld 10-15 minuten (de Boer, 2008). Zwangere vrouwen uit risicogroepen ervaren te weinig mogelijkheden tot het stellen van vragen (Feijen-de Jong, 2015). Schriftelijke 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.

De meeste vrouwen zijn tevreden met de zorg rond zwangerschap en geboorte (Nivel, 2012), maar dit is niet altijd het geval. Uit onderzoek naar traumatische ervaringen rond de bevalling bleek dat enkele zaken het trauma wellicht hadden kunnen voorkomen (Hollander et al, 2017):

- goede communicatie met de zorgverlener
- ondersteuning door de zorgverlener
- empowerment van zwangere vrouwen.

Vorbereiding op het ouderschap

Naast bovengenoemde problemen biedt een programma tijdens de zwangerschap kansen om (aanstaande) ouders te begeleiden in een goede transitie naar het ouderschap (Ligtermoet, 2014). Van de door hen ondervraagde ouders met een baby geeft 70% aan dat zij gebruik hadden willen maken van groepsaanbod tijdens de zwangerschap als dat er was geweest. Ook blijkt er behoefte aan een informeel (sociaal) netwerk in de buurt.

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

Einddoelgroep: zwangere vrouwen en hun partner

Een deel van deze ongunstige zwangerschapsuitkomsten heeft te maken met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage SES (Bonsel, 2010; Lanting 2015). Overgewicht, roken en de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen zijn beïnvloedbare risicofactoren voor perinatale sterfte (Flenady et al., 2011). Andere risicofactoren in deze groep 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. Voor een goede start met een nieuwe baby is het sociale netwerk van een gezin een belangrijke beschermende factor (Bartelink, 2015). Om tevredenheid met de zorg te vergroten, kan ingezet worden op goede communicatie met de zorgverlener, ondersteuning door de zorgverlener en empowerment van zwangere vrouwen (Hollander et al, 2017).

Intermediaire doelgroep: zorgverleners

Zorgverleners zijn opgeleid om individuele verloskundige zorg te bieden. Die is van oorsprong gericht op de medische begeleiding van een zwangerschap en niet direct op het leren kennen van behoeften en vragen van een zwangere, of op het stimuleren van zelfmanagement. Ook blijkt dat ouders met vragen liever bij hun sociale netwerk aankloppen dan bij een professional (Bartelink, 2015).

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

CenteringPregnancy™ 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 Goede ervaren zorg)
- Empowerment: het kennen van de eigen wensen en grenzen als het gaat om zaken rond zwangerschap, bevalling en het aanstaande ouderschap (subdoel Goede ervaren zorg)
- Sociaal netwerk in de buurt (subdoel Psychosociale gezondheid)
- Goede communicatie met zorgverlener

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

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

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

- Bottom-up werken: goed luisteren naar wat zwangeren bezig houdt en de inhoud van de bijeenkomsten daar op afstemmen
- Zwangeren vaardigheden aanleren zodat zij zelfstandig hun medische controles kunnen uitvoeren
- Faciliteren van groepsbijeenkomsten, faciliterend leiderschap

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

CenteringPregnancy™ 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) CenteringPregnancy™ streeft bij het samenstellen van groepen naar een gemengde populatie, om zo optimaal van elkaar te kunnen leren.

Faciliteren is een essentieel onderdeel van CenteringPregnancy™. 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 CenteringPregnancy™ 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.

CenteringPregnancy™ heeft veel kenmerken van persoonsgerichte zorg, al is een zwangerschap uiteraard geen chronische ziekte. De uitgangspunten van persoonsgerichte zorg zijn de volgende (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 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 Centering™ 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 CenteringPregnancy™ is hier dan ook op gericht.

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave (indien gepubliceerd)
- b) Het type onderzoek, de onderzoeksmethode en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan, het bereik van de interventie, de waardering en ervaring van de uitvoerders en doelgroep, succes- en faalfactoren, en -indien beschikbaar- de uitvoerbaarheid, de randvoorwaarden en de omgevingsvariabelen.

I PILOT HAALBAARHEID CENTERINGPREGNANCY IN NEDERLAND 2011

- a) CenteringPregnancy biedt zwangere centrale rol in Nederlandse verloskundige zorg. Marlies Rijnders, Karin van der Pal, Inger Aalhuizen. TSG 2012: 90 (8).
- b) Type onderzoek: haalbaarheidsonderzoek CenteringPregnancy
- c) In 2011 is de haalbaarheid van CP in de Nederlandse geboortezorg in een pilot onderzocht. Hieraan deden drie verloskundigenpraktijken mee die verschilden in omvang en samenstelling van de cliënt populatie. Twee praktijken hadden veel zwangeren uit verschillende culturen en achterstandswijken en één praktijk had vooral hoger opgeleide Nederlandse zwangeren. Hierdoor kon inzicht verkregen worden over de haalbaarheid in verschillende settings en de ervaringen met CenteringPregnancy onder zwangeren uit verschillende culturen en verschillend in sociaal economische achtergrond. 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 IMPLEMENTATIE VAN CENTERINGPREGNANCY IN NEDERLAND 2012-2015

- a) Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015. M.E.B. Rijnders, S.B. Detmar, K.C. Herschderfer. TNO: 2016. [Dit onderzoek omvatte ook effectmaten, zie 'Onderzoek naar effecten']
- b) Er zijn drie typen onderzoek gebruikt:
 - De *tevredenheid*: een online vragenlijst (of indien gewenst schriftelijk). Deze werd geretourneerd door 221 zwangeren waarvan er 103 CenteringPregnancy™ hadden gevolgd. Vragen omvatten demografische kenmerken, ervaringen met de zorg, ondervonden steun en borstvoeding en de ervaringen van zwangeren met de inhoud van CP.
 - *Belemmerende en bevorderende factoren* voor implementatie zijn onderzocht door groepsinterviews met 10 verloskundigenpraktijken en 1 ziekenhuis die CP aanbieden. De interviews werden afgenomen aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst.
 - Om inzicht te krijgen in de *kosten* is een online enquête uitgezet onder verloskundigen die op dat moment ten minste 6 maanden CP aanboden. De enquête bevatte vragen over tijdsinvestering van de primaire en co begeleider, de eenmalige en terugkerende kosten voor het uitvoeren van CP, en vragen over aangevraagde en gehonoreerde vormen van vergoedingen bijvoorbeeld innovatietarieven van verzekeraars of lokale subsidies van gemeenten.

- c) De overall tevredenheid tussen zwangeren die CP hadden gevolgd vergeleken met zwangeren in individuele zorg verschilde niet. Wel hadden zwangeren in CP vaker steun ervaren (87% vs. 76% $p < 0.001$), actief deelgenomen aan de zorg (91% vs. 75% $p = 0.002$) en meer hun mening kunnen geven over de zorg (93% vs. 74% $p < 0.001$). Ook waren wensen met betrekking tot beweging, voeding en medicatie beter besproken. Deelnemers aan CP vonden dit positief, leerzaam en informatief, onder andere door het delen van ervaringen (als prettig ervaren). Ook de sociale contacten en ondersteuning werden gewaardeerd. Zorgverleners ervaren CP vaak als een meerwaarde van prenatale zorg en zijn zeer enthousiast. Zij gaven aan hun cliënten beter te leren kennen. Belangrijkste bevorderende factoren: veel ervaring opdoen met CP en de tijd nemen voor implementatie. Belemmerende factoren: het gaat om een grote verandering waar draagvlak voor moet zijn, de interventie kan niet deels of een beetje worden ingevoerd. Belangrijkste belemmering is echter de grotere tijdsinvestering van begeleiders.

III 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.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van iedere genoemde studie mee.

Beschrijf per onderzoek:

- a) De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave
- b) Het type onderzoek, de meetinstrumenten en de omvang van het onderzoek
- c) Een samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot het bereik van de interventie, de gevonden effecten en -indien beschikbaar- de door de doelgroep ervaren effectiviteit en de mate waarin de veronderstelde werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

I IMPLEMENTATIE VAN CENTERINGPREGNANCY IN NEDERLAND 2012-2015

- a) Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015. M.E.B. Rijnders, S.B. Detmar, K.C. Herschderfer. TNO: 2016. [Dit onderzoek omvatte ook procesmaten, zie 'Onderzoek naar uitvoering']
- b) Type onderzoek:
- De *zwangerschapsuitkomsten* zijn onderzocht door middel van een *cohortstudie* waarin zwangeren die CP hebben gekregen ($n=597$) vergeleken zijn met zwangeren die individuele zorg hebben gekregen in dezelfde praktijken ($n=1610$). Hiertoe zijn gegevens van de zwangerschapskaarten gebruikt (zorgproces, demografie, zwangerschapsuitkomsten).
- c) In de cohortstudie zijn 597 zwangeren die CP kregen vergeleken met 1610 zwangeren in individuele zorg in dezelfde praktijken. Beide groepen verschilden niet in basiskarakteristieken behalve pariteit. In CP zaten significant meer nulliparae dan multiparae. In de gehele onderzoekspopulatie had 66% van de zwangeren een bekende risicofactor voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Na correctie voor praktijk en risicofactoren voor ongunstige zwangerschap uitkomsten hadden primiparae die CP hadden gevolgd vergeleken met zwangeren in individuele zorg significant minder vaak pijnmedicatie (38 vs.

48%, p0,048), minder vaak oxytocine bijstimulatie (38% vs. 46%, p 0.004) gekregen en waren vaker gestart met borstvoeding (90% vs. 83%, p 0,004). Multiparae die CP hadden gevolgd werden, vergeleken met multiparae in individuele zorg minder vaak verwezen (49% vs. 60%, p 0.001), bevelen minder vaak in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog (37% vs. 56%, p 0.007) en vaker thuis (33% vs. 24%, p 0.001). Zowel bij primiparae als multiparae waren geen statistisch significante verschillen tussen beide groepen in neonatale uitkomsten.

II GROUP PRENATAL CARE COMPARED WITH TRADITIONAL PRENATAL CARE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. (*internationaal onderzoek*)

- a) Group prenatal care compared with traditional prenatal care: a systematic review and meta-analysis. Carter, E.B., et al. *Obstetrics & Gynecology*, 2016. 128(3): p. 551-561.
- b) Type onderzoek: systematische review en meta-analyse waarin groepszorg vergeleken wordt met traditionele verloskundige zorg. Primaire uitkomst was vroeggeboorte, secundaire uitkomsten waren laag geboortegewicht, opname op de neonatale intensive care, start met borstvoeding. Er zijn vier RCT's en 10 observationele studies geïnccludeerd.
- c) Op basis van de beschikbare data werden in dit onderzoek geconcludeerd dat de uitkomsten bij zwangeren die deelnemen aan verloskundige groepszorg vergelijkbaar zijn met de uitkomsten bij zwangeren die traditionele verloskundige zorg ontvangen.

III GROUP PRENATAL CARE AND PERINATAL OUTCOMES: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. (*internationaal onderzoek*)

- a) Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. Ickovics, J.R., et al. *Obstet Gynecol.* 2007 August ; 110(2 Pt 1): 330–339.
- b) Type onderzoek: multisite randomized controlled trial. Willekeurig werden 1.047 zwangeren toegewezen aan standaard verloskundige zorg of groepszorg, zwangerschapsuitkomsten werden vergeleken.
- c) Bij vrouwen die deelnamen aan groepszorg kwam vroeggeboorte minder vaak voor. Zij waren meer tevreden met de zorg, hadden meer kennis en voelden zich beter voorbereid op de bevalling. Ook startten zij vaker met borstvoeding. In geboortegewicht en kosten werden geen verschillen gevonden. De auteurs concluderen dat verloskundige groepszorg resulteert in gelijke of verbeterde zwangerschapsuitkomsten tegen gelijke kosten.

IV EFFECTS OF GROUP PRENATAL CARE ON PSYCHOSOCIAL RISK IN PREGNANCY: RESULTS FROM A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. (*internationaal onderzoek*)

- a) Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial. Ickovics J.R., et al. *Psychol Health.* 2011 February ; 26(2): 235–250.
- b) Type onderzoek: multisite randomized controlled trial. Willekeurig werden 1.047 zwangeren toegewezen aan standaard verloskundige zorg of groepszorg (CenteringPregnancy), psychosociale uitkomsten werden vergeleken.
- c) Vrouwen met de meeste psychosociale stress bij aanvang (het hoogste tertiel) hadden baat bij groepszorg. Zij rapporteerden een vergroot zelfvertrouwen en minder stress en sociale conflicten in het derde zwangerschapstrimester. Een jaar na de bevalling hadden zij minder sociale conflicten en minder depressie. De onderzoekers concluderen dat CenteringPregnancy leidt tot betere psychosociale uitkomsten, met name bij jonge, kwetsbare zwangeren en zwangeren uit achterstandssituaties.

Let op: dit onderdeel (4.2) hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op de niveaus 'Goed beschreven' en 'Goed onderbouwd'.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

Max 250 woorden

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 geboortepan (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 CenteringPregnancy™).
- Een geschikte ruimte voor zowel de individuele medische controles als de activiteiten in groepsverband.

Let op: dit onderdeel hoeft niet ingevuld te worden voor erkenning op niveau 'Goed beschreven'.

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

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>.

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.

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.

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.

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, L., Otten, W., Havers, J., Baan, C., Rijken, M. *Zelfmanagement door mensen met chronische ziekten. Kennissynthese van onderzoek en implementatie in Nederland*. Nivel, Utrecht: 2015.

Ickovics J.R., et al. Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Psychol Health*. 2011 February ; 26(2): 235–250.

Ickovics, J.R., et al. Group Prenatal Care and Perinatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2007 August ; 110(2 Pt 1): 330–339.

Illeris, K. *How we learn*. 2007.

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.

Novick G, Reid A, Lewis J, et al. Group prenatal care: model fidelity and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:112.

PRN 2015: Perined. Perinatale Zorg in Nederland 2015. Utrecht: Perined, 2016.

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.E.B., Detmar, S.B., Herschderfer, K.C. Implementatie van CenteringPregnancy in Nederland 2012-2015. TNO, Leiden: 2016.

Rijnders, M., Pal K. van der, Aalhuizen, I. CenteringPregnancy biedt zwangere centrale rol in Nederlandse verloskundige zorg. *TSG* 2012: 90 (8).

Rising, S.S. CENTERING PREGNANCY. An Interdisciplinary Model of Empowerment. *Journal of Nurse-Midwifery* 1998; 43(1): 46-54.

Stichting PRN. Grote Lijnen 1999-2012. Utrecht: Stichting Perinatale registratie Nederland; 2013.

Vlek, H., Driessen, S., Hassink, L. Persoonsgerichte Zorg – White paper. Vilans, Utrecht: 2013.

7. Praktijkvoorbeeld

Beschrijf, indien beschikbaar, in max. 600 woorden een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Gerjanne Vrieling: “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 verkwetsen. 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 Vrieling 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 bliken 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 strie, 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.